

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MODELOS EM USO NA ASSISTÊNCIA A IDOSOS
TRAÇADO PARA A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

**MODELS CURRENTLY USE IN ELDERLY CARE, TRACING INTERVENTIONS FOR
THE PHYSICAL REHABILITATION NURSE**

Dissertação

Dissertation

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Martins

Dissertação coorientada pelo Professora Ana Da Conceição Alves Faria

Mónica Sofia Martins Vieira

Porto, 2018

*De tudo, ficaram três coisas:
a certeza de que estamos sempre começando...
a certeza de que é preciso continuar...
a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...*

*Portanto devemos
fazer da interrupção um caminho novo...
da queda, um passo de dança...
do medo, uma escada...
do sonho, uma ponte...
da procura...um encontro.*

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Manuela Martins, por me ter acompanhado neste percurso, pelos ensinamentos, pelo estímulo e, sobretudo, pelas oportunidades de desenvolvimento que me proporcionou.

Às mestres Clara Monteiro e Ana Faria pela compreensão e disponibilidade neste meu percurso.

Aos Enfermeiros, Médicos e Assistentes sociais entrevistados que viabilizaram a recolha de dados e aos participantes que tornaram este estudo possível.

Aos colegas e amigos de profissão, quer do serviço de Neurocirurgia como da Medicina Física e Reabilitação por toda a compreensão que tiveram neste meu percurso.

Aos amigos de sempre, pelo incentivo e apoio.

À família, pela compreensão e pelo apoio, em especial nos momentos mais difíceis.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

O envelhecimento ativo e a centralidade da assistência aos Idosos na perspetiva dos vários profissionais de saúde e sociais são uma preocupação europeia pelo que procuramos: compreender o modelo de assistência dos idosos no município de Vila Nova de Famalicão, analisar a perceção dos profissionais sobre as condições das pessoas com mais de 65 anos; identificar determinantes que sustentem uma política para mudança de comportamento no sentido de um envelhecimento saudável ativo e interventivo.

Para atingir os objetivos realizamos um estudo qualitativo, estudo de campo com base na fenomenologia. A amostra não probabilística intencional constituída por oito Médicos, oito Enfermeiros e oito Assistentes sociais que desenvolvem a sua atividade para pessoas com mais de 65 anos num ACES. A recolha de dados foi elaborada através de uma entrevista semi-estruturada, constituindo os resultados do corpo da análise que sustenta esta pesquisa.

Após os procedimentos de análise identificamos o conceito que o profissional tem sobre a pessoa idosa, o processo de assistência, abrangendo a avaliação inicial, intervenção dos profissionais, educação para a saúde e programas para idosos, a continuidade, nomeadamente as respostas sociais e por fim o progresso, as melhorias da assistência aos idosos. Foi possível verificar que em todas as temáticas há informação que converge nos três grupos de profissionais, principalmente nos dados colhidos na avaliação inicial, sendo que na intervenção é notória uma direção para a área de atuação de cada profissional. Em relação às respostas sociais para a continuidade de cuidados é perceptível um cruzamento de informação nestes três grupos, assim como no progresso, onde se evidenciou melhorias na assistência aos idosos.

Desta forma foi possível perceber que o trabalho dos três grupos de profissionais entrevistados muitas vezes se cruza e que há necessidade de partilha de dados entre a equipa multidisciplinar, sendo valorizado o trabalho especializado do Enfermeiro de reabilitação.

Palavras chave: Idosos/Assistência/Modelos/Reabilitação

ABSTRACT

On the perspective of multidisciplinary team, which involves health and social professionals, the healthy and active aging and the care around the elderly are a European concern. So, we seek to comprehend the model used on the elderly care at the Vila Nova de Famalicão council, review the perception of the health and social professionals about the physical conditions of the people above the age of 65; identify key factors that can sustain a policy to change behaviours in view to promote a proactive and healthy aging.

To achieve this purpose, we realise a qualitative study, field study based on phenomenology. A non-intentional probability sample composed by 8 doctors, 8 nurses and 8 social workers that developed their activity with people above the age of 65 on an ACES (GP centre). The data has been collected via semi-structured interview, the results of the analysis of the substance will support this research.

After analysis procedures, we identify the concept that the professional has about Elderly person; the assisting process, including the initial evaluation, the interventions of the professionals, education for health promotion and programs for the elderly person; the continuity, follow up/ social response; and in the end, the progress, the improvement in the elderly person assistance. It was possible to verify that in all themes there is information that converges on the three professional groups, especially on the initial evaluation; but on the intervention, we could see that each professional group only intervenes inside their area. In relation with the answers of the social service for the care continuation due to share of information in this three professional groups; as on progress, there were improvements on the assistance to the elderly.

Thus, it was possible to understand that on the activity of three professionals group interviewees the information comes across and that there is a need to share the data between the multidisciplinary team; meaning that the work of the Physical Rehab Specialist nurse is valued.

Key Work: Elderly/Care/Models/Physical Rehabilitation

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
CAPITULO I - UM OLHAR SOBRE O PROBLEMA DA ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS.	21
1- Elos na assistência multidisciplinar aos idosos - os Enfermeiros de reabilitação	25
2- Modelos de intervenção na gerontogeriatría	32
3- A Qualidade de vida dos idosos	35
3.1- <i>Promoção da saúde e Prevenção da doença dos idosos</i>	39
3.2- <i>Tratamentos de doença</i>	41
4- A assistência aos Idosos suportada na teoria das transições	43
CAPITULO II -CAMINHO METODOLÓGICO PARA A ANÁLISE DO MODELO ASSISTENCIAL AOS MAIS DE 65ANOS.....	49
1- Participantes do estudo	51
2- Instrumentos de recolha de dados	53
3- Procedimentos para recolha e análises de dados.....	54
4- Procedimentos éticos	55
CAPÍTULO III - O FLASH DA ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS NUM ACES	57
1- Os profissionais e os conceitos.....	58
2- A Equipa Multidisciplinar	65
3- Processo de Assistência.....	71
3.1 <i>A Avaliação Inicial</i>	72
3.2 <i>Intervenção dos profissionais</i>	77
3.3 <i>Vigilância de Saúde dos Idosos</i>	85
3.4 <i>A Educação para a Saúde</i>	89
3.5 <i>Programas para os Idosos</i>	95
3.6 <i>Avaliação da Intervenção nos Idosos</i>	97
4 Respostas para a continuidade assistencial.....	101
5 Propostas de Melhoria na Assistência aos Idosos	108
CAPÍTULO IV - A INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM IDOSO: O PAPEL DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO.....	117
CONCLUSÃO	129

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
ANEXOS	151
Anexo I- Carta de autorização enviada ao ACES	153
Anexo II- Carta autorização enviada ÀARS.....	157
Anexo III- Carta autorização enviada à Comissão ética.....	159
Anexo IV- Consentimento informado	161
Anexo V- Guião da entrevista.....	165
Anexo VI- Parecer da Comissão ética e ARS	169

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Funções do Assistente social Gerontológico.....	28
Figura 2 - A Interação Enfermeiro-Pessoa idosa em cuidados de saúde primários..	29
Figura 3 - Áreas Temáticas do Modelo Assistencial.....	57
Figura 4 - A pessoa idosa na perspetiva dos profissionais.....	62
Figura 5 - Representação da Avaliação Inicial pelos Profissionais	76
Figura 6 - Efetividade da intervenção nos mais de 65 anos	84
Figura 7 - Frequência da vigilância dos idosos.....	88
Figura 8 - Educação para a saúde	94
Figura 9 - Programas do Idoso.....	96
Figura 10 - Avaliação da Intervenção no processo de qualidade.....	100
Figura 11 - Respostas sociais.....	108
Figura 12 - Melhoria na Assistência aos Idosos.....	115
Figura 13 - Modelo de assistência	118

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos Participantes do estudo	52
Quadro 2 - Os conceitos sobre os Idosos	58
Quadro 3 - Interesses e Gostos dos idosos na perspectiva dos Enfermeiros e Médicos	63
Quadro 4 - Equipa multidisciplinar	65
Quadro 5 - Dados partilhados em equipa multidisciplinar	67
Quadro 6 - Reunião em Equipa	70
Quadro 7 - Trabalho em rede.....	70
Quadro 8 - Dados da avaliação Inicial	72
Quadro 9 - Efetividade da intervenção nos mais de 65 anos.....	77
Quadro 10 - Frequência da vigilância aos idosos.....	86
Quadro 11 - Educação para a Saúde	90
Quadro 12 - Programas específicos para idosos.....	95
Quadro 13 - Avaliação da intervenção	97
Quadro 14 - Respostas para a continuidade assistencial	102
Quadro 15 - Propostas de melhoria.....	109
Quadro 16 - Estratégias inovadoras	112

INTRODUÇÃO

O aumento crescente do envelhecimento da população na nossa sociedade tem contribuído para um maior interesse no desenvolvimento de projetos relativos à assistência dos idosos.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011), a percentagem de idosos em Portugal aumentou de dezasseis por cento para dezanove por cento. Em consequência direta da estrutura demográfica do país, o índice de envelhecimento (relação entre a população idosa e a população jovem) subiu de cento e dois, em 2001, para cento e vinte e oito em 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

O processo de envelhecimento está relacionado com o meio físico e social em que nos inserimos, e é um trajeto de degradação progressiva e diferencial com diversos agentes que o influenciam. Desta forma, o envelhecimento conduz a alterações a nível psicológico nomeadamente no desempenho cognitivo, afetivo e social (Gonçalves, 2012). O processo de envelhecimento está associado ao declínio cognitivo e, as capacidades que se encontram mais afetadas são a atenção, a concentração e o raciocínio indutivo (Castro, 2011).

A heterogeneidade entre os idosos suscita a necessidade da existência de modelos, ao simples facto demográfico do envelhecimento populacional, agregam-se inúmeras urgências e desafios, bem como transformações políticas, culturais, psicossociais e económicas, que não deixam de ser fundadores e fomentadores a novos modos de conceber e enfrentar o envelhecimento (Omelczuk e Monteiro, 2014).

As implicações das políticas públicas vão moldando a assistência que precisa de articular novas conceções de atendimento em saúde da população idosa, passíveis de englobar as diferentes condições desses indivíduos, respeitando as suas características especiais e peculiares. Os modelos clássicos de promoção, prevenção, assistência e reabilitação não podem ser mecanicamente transportados para grupos de pessoas idosas, sem que algumas adaptações importantes e significativas sejam realizadas (Berlezi et al., 2011).

Com a nova realidade no país, que acontece de forma rápida e progressiva, elucidam Oliveira, e Tavares (2010), a situação dos idosos exige capacitação para atender às especificidades dessa faixa etária por parte dos profissionais de saúde, melhorando a assistência prestada, sendo necessária a implantação de inovações para promover uma assistência mais humana e integral à saúde da pessoa idosa, bem como conhecer melhor

esse grupo para poder promover um envelhecimento saudável e ativo. Dentro desse cenário, as políticas públicas voltadas para os idosos foram elaboradas com o propósito de contribuir para que um maior número de pessoas alvo, não somente um maior número de anos vividos, mas um envelhecimento bem-sucedido.

Verifica-se que as políticas priorizam os direitos que o idoso tem para garantir uma velhice mais digna. No entanto, esses direitos devem ser materializados na assistência prestada ao idoso e refletir em ganhos reais no seu cotidiano, exigindo-se que o profissional de saúde veja o idoso com um novo olhar, um olhar que vai além da sua aparência ou das patologias consideradas próprias da velhice. A assistência prestada à pessoa idosa precisa ser delineada numa perspectiva multidimensional, para que haja um entendimento das particularidades que envolvem essa faixa etária.

Tendo em conta a existência de vários modelos assistenciais, pode-se valorizar que a assistência em saúde e social nesta faixa etária deve ser o mais preventiva possível e promotora de bem-estar global, sendo pertinente a avaliação e intervenção multidisciplinar nos cuidados de saúde primários na comunidade com o intuito de uma abordagem multidisciplinar centrada no idoso como um todo.

Numa perspectiva multidisciplinar de cuidados na comunidade à pessoa idosa é de denotar a importância da enfermagem de reabilitação no alicerce a conhecimentos e competências específicas que permite adotar eficazmente a perspectiva holística do cuidado, considerando a pessoa, a família e o ambiente como partes integrantes e indissociáveis dos seus processos de decisão, até porque as suas competências sustentam-se na prevenção e reabilitação particularmente da mobilidade.

Com o aumento da esperança média de vida da população, fruto da melhoria dos cuidados de saúde e das condições socioeconómicas, surge também o crescimento do envelhecimento populacional e, portanto, do número de idosos na sociedade (INE, 2014). Sabendo-se desde logo que a população idosa apresenta um maior risco de declínio funcional e cognitivo, decorrente das alterações inerentes ao envelhecimento, é esperado que, com o aumento da esperança média de vida, as suas necessidades sejam de maior complexidade (Rebelatto & Morelli, 2007; Ellis, et al. 2011). Até porque, com o envelhecimento, a pessoa idosa tende a sofrer uma perda na capacidade funcional e consequentemente na qualidade de vida, estando estes domínios relacionados também com o bem-estar psicossocial, com a autoperceção de saúde, a segurança sócio económica e o meio ambiente envolvente. São conceitos que se interrelacionam, estando também em contínua dependência uns dos outros.

Perante a evidência relativa à importância de uma avaliação multidimensional, igualmente recomendada pela Direção Geral de Saúde através do Programa Nacional para a Saúde da Pessoa Idosa (2006) é fundamental que os cuidados de saúde estejam

habilitados para o atendimento e prestação dos melhores cuidados à população idosa, tendo em atenção a sua complexidade e multidisciplinariedade.

O processo de desenvolvimento deste trabalho inicia-se perante a proposta de realização de uma investigação incluída no *Pojeto Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional (+saúde Famalicão)*. Assim, após análise da literatura e evidência científica recente, surgiu a necessidade de desenvolver um estudo preliminar, que servirá de base ao desenvolvimento de Modelo Assistencial ao Idoso.

Ao tomar conhecimento das orientações sobre as políticas assistenciais dos idosos, a evidência de boas práticas no atendimento desta faixa etária, da opinião dos Idosos face à sua saúde e a assistência no estudo onde nos englobamos, em que 2461 pessoas com mais de 65 anos participaram e apresentaram entre outros dados que 38,5% demonstraram um estilo de vida negativo, 87% reconhecem que têm Médico de família e 68% reconhece o Enfermeiro de família, 25% já tiveram uma queda, 4% duas quedas e 3% três ou mais quedas e ainda que 21% consideram o seu estado de saúde mau, 36% reportam ter um acréscimo no consumo de medicamentos nos últimos 12 meses, sendo as patologias mais reportadas a diabetes e as doenças musculo esqueléticas (Martins et al., 2018).

Perante os dados do estudo questionamos como seria a assistência aos idosos do Município de Vila Nova de Famalicão para encontrar o Modelo em uso e poder fazer uma proposta de melhoria da assistência, pelo que relataremos o estudo qualitativo desenvolvido com profissionais desta região, Médicos, Enfermeiros e Assistentes sociais.

Este trabalho divide-se em quatro capítulos: Um olhar sobre o problema da assistência aos idosos; Caminho metodológico para a análise do modelo de assistência aos mais de 65 anos; O flash da assistência aos idosos num ACES; A intervenção multidisciplinar em idoso: o papel dos Enfermeiros de reabilitação.

Pretendemos neste documento deixar achados do trabalho de campo, mas também demonstrar o caminho da aprendizagem no campo da metodologia qualitativa.

CAPITULO I - UM OLHAR SOBRE O PROBLEMA DA ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS

O envelhecimento é um desafio do mundo atual, que afeta tanto os países ricos como os pobres. O processo de envelhecimento da população mundial tem as suas origens enraizadas nas transformações socioeconómicas vividas pelas nações desenvolvidas no século passado, e que, no entanto, só produziram modificações significativas nas suas variáveis demográficas a partir do século XX (Lourenço et al., 2005). Este aumento da longevidade, ao qual Portugal não se encontra alheio apesar de se encontrar aquém dos padrões de alguns países europeus, causa impacto profundo na saúde pública.

Numa população idosa residente estimada em 1.709.099 pessoas, que representa 16,5% da população, com uma distribuição geográfica caracterizada por um maior envelhecimento do interior face ao litoral, a esperança de vida à nascença, em Portugal, é de 80,3 anos para as mulheres e de 73,5 anos para os homens (DGS, 2004).

O envelhecimento é um fenómeno biológico e psicológico universal, que pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais do indivíduo associado a conotações positivas e negativas, determinadas pelo ambiente cultural (Brink, 2001). Bicudo (2013) por sua vez, refere que o envelhecimento conduz a implicações na autonomia, funcionalidade e mobilidade e consequentemente na qualidade de vida da pessoa idosa.

O envelhecimento é um processo experiencial subjetivo, que pode definir-se como a autorregulação exercida através de decisões e escolhas para a adaptação do processo de *senescência*. Assim, a perceção do envelhecimento é em grande parte um produto de processos sociais e culturais. Estas construções sociais e culturais influenciam a perceção do envelhecimento e o sentido de bem-estar no final da vida (Frazão, 2016)

O processo de envelhecimento demográfico que a população está a vivenciar, associado às diversas mudanças verificadas na estrutura e comportamentos sociais e familiares, estabelecerá, nos próximos anos, as novas necessidades em saúde, lançando enormes desafios aos sistemas de saúde no que se refere não só à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados, como à sustentabilidade dos próprios sistemas e exigindo que, ao aumento da esperança de vida à nascença, corresponda um aumento da esperança de vida *com saúde* e sem deficiência (Veras, 2008). A Organização Mundial da Saúde (2006) argumenta que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de *envelhecimento ativo* que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos.

O envelhecimento populacional é cada vez mais uma realidade na sociedade contemporânea, sendo transversal essencialmente nas sociedades mais desenvolvidas, fruto do aumento do nível de esperança de vida e do declínio da natalidade (Bandeira, et al. 2014; INE, 2015).

Em Portugal, projeções recentes do Instituto Nacional de Estatística revelam que a população tenderá a diminuir até 2060, prevendo-se que continue a aumentar significativamente o envelhecimento populacional, de tal forma que, entre 2012 e 2060, o Índice de Envelhecimento aumentará de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens, no cenário mais provável (INE, 2014). De referir que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como pessoa idosa, aquela com a idade mínima de 65 anos de idade para os países em desenvolvimento.

No que se refere à perceção do estado de saúde da população idosa portuguesa, 49% das pessoas que integram o grupo etário entre os 65 e os 74 anos e 54% dos que têm 75 ou mais anos, consideram a sua saúde como má ou muito má. Num estudo mais recente das pessoas entrevistadas com 65 e mais anos, 12% declararam precisar de ajuda para o exercício de atividades de vida diária e 8% declararam ter sofrido, no último ano, pelo menos um acidente doméstico ou de lazer. De notar, ainda, que 52% das pessoas idosas inquiridas referiram viver na companhia de apenas uma pessoa e 12% referiram viver em situação de isolamento (DGS, 2004).

A melhoria dos cuidados de saúde e das condições sócioeconómicas contribuíram para o aumento da longevidade da população, à qual se associa a perda de capacidades, determinada por alterações orgânicas decorrentes do envelhecimento e mudanças no estilo de vida. Surgem assim inúmeras patologias, principalmente crónicas, que conduzem ao aumento da dependência nas atividades de vida diárias, declínio das capacidades cognitivas e repercussões socioeconómicas (Darnton-Hill, 2004).

Neste sentido verifica-se uma perda na capacidade funcional e qualidade de vida no decorrer do envelhecimento, sendo que esta está relacionada também com a segurança socioeconómica, o bem-estar psicossocial, a autoperceção de saúde e ao ambiente envolvente. Todos estes fatores relacionam-se entre si e a sua importância difere de pessoa para pessoa e entre sociedades díspares (Darnton-Hill, 2004), o que justifica a necessidade de uma assistência multidisciplinar.

O conceito de saúde para este grupo populacional, não pode basear-se no completo bem-estar físico, psíquico e social, preconizado pela OMS, mas deve reger-se essencialmente pelo paradigma funcional (Ribeiro, et al., 2008).

A nível físico, Zimerman (2000, p.24, cit. por Rosas, 2015), diz-nos que, *“...com o passar dos anos é impossível que o nosso corpo não se ressinta: adoece-se mais vezes e*

mais facilmente; o tempo de recuperação torna-se maior; diminui a visão, a audição, a força e a memória, e ocorrem alguns problemas cardiovasculares e/ou reumáticos”.

A nível psicológico, Zimerman (2000 cit. por Rosas, 2015) refere que as transformações que ocorrem no idoso podem ser: dificuldades de se adaptar a novos papéis; falta de motivação e dificuldades de planejar o futuro; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas, que têm reflexos dramáticos nos mais velhos; alterações psíquicas que exigem tratamento; depressão, hipocondria, somatização, paranóia, suicídios e baixas de auto imagem e auto-estima.

A nível social, Zimerman (2000, cit. por Rosas, 2015), considera que o processo de envelhecimento pode ter algumas consequências como: crise de identidade, provocada pela falta de papel social, o que levará o idoso a uma perda de sua autoestima; mudanças de papéis na família, no trabalho e na sociedade. Com o aumento de seu tempo de vida, este deverá adequar-se a novos papeis, a reforma: já que, ao reformarem-se, ainda restam à maioria das pessoas muitos anos de vida, logo, estas devem estar preparadas para não se isolarem; perdas diversas, que vão da condição económica ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia e diminuição dos contactos sociais, que se tornam reduzidos em função de suas possibilidades, distâncias, vida agitada, falta de tempo, circunstâncias financeiras e a realidade da violência nas ruas.

Os idosos são especialmente vulneráveis à solidão, esta é um constructo muito complexo e subjetivo, que facilmente se confunde com isolamento, abandono, entre outros. Nem sempre solidão significa estar só (Sousa et al., 2004, cit. por Freitas, 2011), segundo Neto (2000 cit. por Freitas, 2011) a solidão é uma experiência pela qual se passa, sendo um conceito de carácter intuitivo, pois cada pessoa analisa o seu estado de solidão, tendo em conta a situação em que se encontra. A forma como uma pessoa responde ou *sente* a sua solidão (Freitas, 2011) é determinada pela sua experiência de solidão, ocorrendo quando as pessoas avaliam as suas relações sociais e consideram ter más habilidades sociais levando consequentemente a uma deficiente autoimagem. Isso resulta num círculo vicioso (Freitas, 2011).

A solidão tem sido descrita como *“uma condição psicológica debilitante caracterizada por uma profunda sensação de vazio, inutilidade, falta de controle e ameaça pessoal”* (Cacioppo, Hawkley, e Thisted, 2010, p. 454). Temos vindo a assistir a uma consciência crescente do fenómeno da solidão nos idosos, que segundo Hawkley et al. (2006) é vivenciada como uma experiência de sentimento de isolamento, desligamento e de não pertença. Embora as relações causais sejam difíceis de determinar, existe evidência que a perda de um parceiro, a deterioração da saúde, a diminuição da rede social e a institucionalização são fatores que influenciam a sensação de solidão entre os

idosos (Dadkhah A., 2009). A solidão está associada com um número de patologias físicas e psicológicas (Lauder, Sharkey & Mummery, 2004).

A assistência ao idoso deve ter em conta a solidão e caso esta seja prolongada pode levar a baixa auto-imagem e a uma incapacidade de lidar com as perdas inevitáveis que ocorrem mais tarde na vida. Os sentimentos de solidão associam-se ao declínio cognitivo, sentimentos intensos de vazio, de abandono e desamparo, visitas frequentes ao Médico e pior qualidade de vida e negativamente associada com a satisfação com a vida e a satisfação com a gestão de cuidados/serviços (Teixeira, 2010).

Golden et al. (2009) considera que ao invés de a solidão ser um efeito intrínseco do envelhecimento, é o envelhecimento que parece estar associado a um aumento nos fatores de risco para a solidão, tais como comprometimento físico e a viuvez.

Tem sido evidente que determinantes negativas como o analfabetismo, o estigma associado ao envelhecimento, as doenças físicas e psicológicas, a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde e sociais por vezes inadequadas são influenciadoras nas questões relacionadas com o processo de envelhecimento levando-nos a repensar formas de avaliação das necessidades desta população de idosos que permitam o conhecimento da realidade (Brito, 2012).

Sobre a avaliação dos idosos no contexto da saúde e tendo em conta o respeito pelos contextos culturais e identificando os aspetos referenciados na literatura como influentes na saúde dos idosos, tais como a perceção da condição física e psicológica, a exposição e adesão aos regimes e programas de promoção da saúde, traduzidos por atitudes associadas aos estilos de vida, à situação familiar e ao nível de dificuldades e dependências que eles suportam, disponibilizando a compreensão dos fatores determinantes para a saúde. Torna-se também importante conhecer se os meios disponibilizados são adequados às necessidades atuais desta população e posteriormente em conjunto com as estruturas responsáveis pelas políticas pensar nas intervenções que dêem resposta às necessidades identificadas transformando estas sociedades (Brito, 2012).

Um menor apoio social é uma importante razão para a diminuição na satisfação com a vida e o aumento de sintomas de depressão encontrados em populações adultas mais velhas (Castro, 2012). No entanto, (Silva et al., 2016) referem que a perceção individual da qualidade de apoio recebida tem um impacto maior sobre a solidão do que a quantidade de suporte.

A fim de compreender a centralidade do problema onde se cruza o envelhecimento e a assistência daremos corpo a esta parte explorando as quatro temáticas que se seguem.

1- Elos na assistência multidisciplinar aos idosos - os Enfermeiros de reabilitação

Este capítulo foi criado com o objetivo de abordar os profissionais e as suas intervenções nos idosos com base numa assistência multidisciplinar e compreender o porquê dos Enfermeiros de reabilitação nesta assistência.

No séc. XIX, Nascher, geriatra americano, nascido em Viena, criou o termo *geroatria*, um ramo da medicina que trata das doenças que podem acometer os idosos. Mais tarde foi criado o termo gerontologia, como ramo da ciência que se propõe a estudar o processo do idoso nos seus aspetos bio-psico-sociais e os múltiplos problemas que podem envolver o ser humano (Beauvoir, 1990, cit.por Gomes, 2007), podemos afirmar, considerando as competências do Enfermeiro de reabilitação, como o profissional que podem dar contributo para a intervenção nesta área.

A Gerontologia pretende descrever e explicar as mudanças do envelhecimento e os seus determinantes biológicos, psicológicos e sociais, considerando-se assim, uma ciência inter e multidisciplinar (Bass, 2009). O seu aparecimento levou à criação de novas teorias e modelos para explicar o processo de envelhecimento.

A transdisciplinaridade surge como uma nova forma de promover a integração dos saberes, atingindo níveis mais profundos de interação. Esta é da *ordem da fusão unificadora*; nesse nível, ultrapassam-se as barreiras disciplinares, permitindo a sua transcendência (Pombo, 2004, cit. por Bicalho e Oliveira, 2011). O conceito de multidisciplinaridade aqui utilizado é equivalente à pluridisciplinaridade, a exemplo do que fazem outros autores, como Gusdorf (1990), Pombo (1994), Nicolescu et al. (2000) (cit. por Bicalho e Oliveira, 2011), entre outros. A principal característica das relações em que ocorre esse tipo de abordagem é a justaposição de ideias. A multidisciplinaridade estaria hierarquicamente no primeiro nível, inferior, de integração entre as disciplinas, quando comparada à inter e à transdisciplinaridade. Em definição dada por Nicolescu et al., 2000 (cit. por Bicalho e Oliveira, 2011), a multidisciplinaridade corresponde à busca da integração de conhecimentos por meio do estudo de um objeto de uma mesma e única disciplina ou por várias delas ao mesmo tempo.

Zimerman (2000) refere que a Gerontologia para além de se preocupar com as mudanças que acompanham o processo de envelhecimento do ponto de vista físico, psicológico e sociológico, também se dedica ao estudo da adaptação do indivíduo às várias transformações que vão ocorrendo com o aumento da idade, preocupando-se de forma absoluta e holística com o bem-estar do idoso e defendendo um trabalho multidisciplinar e

a troca de conhecimento entre as várias áreas disciplinares. Deste modo, tem como objetivo salvaguardar o valor do idoso enquanto indivíduo integrado numa sociedade, proporcionando-lhe uma melhor qualidade e satisfação com a vida.

A Gerontologia deve estimular um novo estilo de vida da terceira idade, divulgando e informando junto dos mais interessados (os idosos) os benefícios de adotarem estilos de vida mais saudáveis e mais ativos, promovendo *um novo modo de envelhecer*. A melhoria das condições de vida, acesso à educação e cultura e a assistência médica mais específica, serão condições que irão possibilitar, que o idoso hoje, tenha mais e melhor tempo para viver (DGS, 2004).

A promoção de um envelhecimento saudável engloba múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus (DGS, 2004).

O envelhecimento humano, que se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida, pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos. Não sendo um problema por si só, é uma parte natural do ciclo de vida, sendo oportuno que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos da intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais vezes, acompanham a idade avançada (Duarte, 2007).

Numa perspetiva individual, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social às pessoas idosas, integrados, centrados em equipas pluridisciplinares e em recursos humanos com formação, com vertentes de recuperação global e de acompanhamento, nomeadamente através de cuidados continuados que integrem cuidados de longa duração, são imprescindíveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer (DGS, 2004; Martins, 2006).

Refletindo de uma forma coletiva, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, engloba obrigatoriamente todos os sectores sociais, exigindo a sua intervenção e responsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, diretos conviventes e profissionais. Assim sendo, este facto representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção

comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população (DGS, 2004; Martins, 2006).

De uma forma genérica, alguns fatores que podem ocorrer frequentemente numa população acima dos 65 anos e que muitas vezes condicionam a saúde, a autonomia e a sua qualidade de vida são por exemplo a patologia crónica múltipla, a polimedicação, os acidentes domésticos e de viação, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inaptações do meio habitacional, obrigando por isso a uma avaliação e atuação multidisciplinares, aos níveis local, regional e nacional, integrada e de trabalho em equipa (Faleiros, 2013).

Apesar de uma grande maioria das pessoas idosas não ser doente nem dependente, é necessário ter em conta as múltiplas necessidades decorrentes da patologia crónica múltipla, mais frequente à medida que a idade avança, sendo imprescindível um modelo coordenado e compreensivo de continuidade de cuidados, que respeite o princípio da proximidade aplicado a uma população a envelhecer rapidamente (DGS, 2004; Faleiros, 2013).

É importante ter em atenção que muitos dos fatores determinantes da saúde das pessoas idosas e do impacto sobre as suas famílias, ultrapassam os limites da ação do sector específico da saúde, nomeadamente os relacionados com a segurança e inaptidão dos ambientes urbanos ou rurais e os relacionados com a proteção social, a habitação e os transportes, a educação e o trabalho formal e informal, a violência, a negligência ou os abusos físico, psicológico, sexual ou financeiro, sendo de carácter obrigatório uma avaliação e intervenção multidisciplinar (DGS, 2004, Faleiros, 2013).

Nos diferentes contextos institucionais o Assistente social desenvolve funções muito diversificadas, mas que se pode sintetizar através da seguinte Figura 1.

Figura 1 - Funções do Assistente social Gerontológico



Fonte: Adaptado de Ribeirinho, 2013, p.181

Os Assistentes sociais na área da gerontologia trabalham em contextos institucionais específicos (nos setores particular, cooperativo, social, empresarial), tais como lares, centros de dia, residenciais, serviços de apoio domiciliário; e/ou em contextos comunitários com familiares em autarquias, em organizações públicas, tais como a segurança social ou na área da saúde em hospitais (em serviços diversos e no gabinete do utente), centros de saúde, equipas de cuidados continuados; ou ainda em instituições/associações de cultura e lazer (tais como universidades da terceira idade/seniores), associações de reformados e pensionistas, em organizações não lucrativas e algumas lucrativas e empresas (Carvalho, 2012).

Podemos afirmar que os objetivos do serviço social gerontológico situam-se em três dimensões - individual, grupal e comunitária, sendo que a nível individual, mantêm ou aumentam a funcionalidade social da pessoa idosa, potenciam a auto estima, a confiança em si mesmo, a autonomia pessoal e a identidade individual da pessoa idosa. A nível grupal, criam oportunidades de inserção criam vínculos entre a pessoa idosa e o seu meio e restauram laços de solidariedade. A nível comunitário conhecem a comunidade a nível populacional, económico, associativo e a sua história, conhecem as capacidades e potencialidades da comunidade, potenciam o associativismo e desenvolvem programas de organização e desenvolvimento comunitário que favoreçam a integração dinâmica da pessoa idosa (Garcia e Jiménez, 2003).

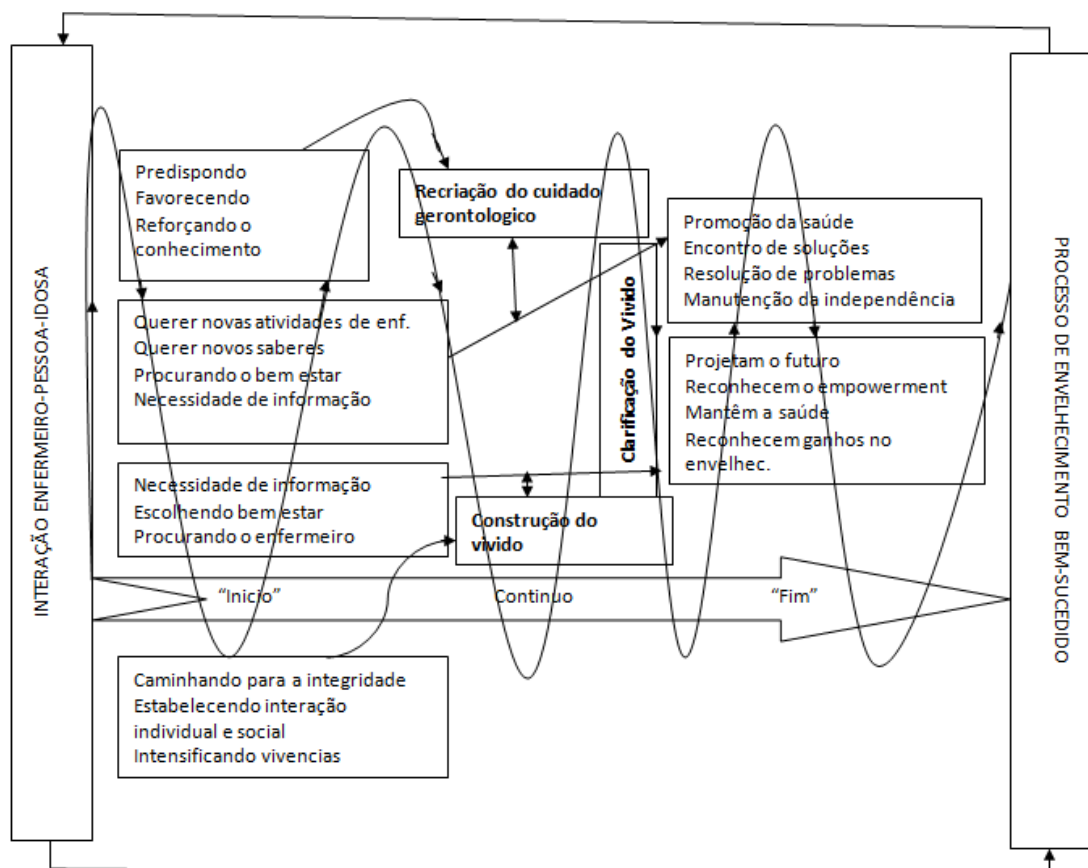
Olhando os intervenientes da assistência aos idosos teremos ainda que referir os cuidados de enfermagem que respondam com eficácia às necessidades reais desta

população. O facto das pessoas viverem mais anos, leva ao aumento dos fenómenos de doença, dependências e incapacidades, instalados no adulto idoso, bem como sucessivas hospitalizações e experiências negativas em lares (Baltes e Smith, 2003; Costa, 2002; Moniz, 2003). Por esta razão e como forma de promoção de do envelhecimento bem sucedido é importante a valorização por parte Enfermeiro de cuidados de saúde primários.

Ferrario, Freeman, Nellet e Scheel, (2008) e Gavan (2003) declararem que é demasiadamente importante ter uma visão positiva do processo de envelhecimento para que os Enfermeiros e estudantes de enfermagem manifestem interesse por se dedicar à área gerontológica. Da mesma forma, quando os profissionais integram conceitos positivos face ao processo de envelhecimento com maior facilidade intervêm junto da pessoa idosa com a intenção de lhe desencadear o aumento das suas capacidades para desenvolver um envelhecimento bem-sucedido (Wykle, Whitehouse, e Morris, 2007).

A Interação Enfermeiro-Pessoa idosa em cuidados de saúde primários num processo de envelhecimento bem-sucedido apresenta-se a seguinte Figura 2.

Figura 2 - A Interação Enfermeiro-Pessoa idosa em cuidados de saúde primários



(Fernandes, 2013, p.27)

A enfermagem acompanha a pessoa na resposta ao seu processo de vida, assim como na experiência de interrupção de saúde, mas também deve estar preparada para seguir a pessoa idosa que vive e quer viver, ajudando-a a ultrapassar as adversidades da idade e da passagem do tempo (OE, 2009).

De acordo com o código deontológico do Enfermeiro (OE, 2009), o Enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de: salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o auto-cuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida.

O Regulamento n.º 122/2011 e o Regulamento n.º 125/2011, publicados em Diário da República, definem as competências comuns de um Enfermeiro especialista e as competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, respetivamente. Segundo o Regulamento n.º 125/2011, as competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação visam principalmente cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) o objetivo fundamental da reabilitação é ajudar a pessoa a ser o mais autónoma possível dentro das limitações de qualquer incapacidade residual. Para tal, a promoção do autocuidado na pessoa deve iniciar-se o mais cedo possível, sendo esta fundamental para a realização das atividades de vida diária. As atividades de vida diária (AVD's) são atividades que uma pessoa realiza no seu dia-a-dia e que abrangem aspetos como a alimentação, vestuário, higiene, mobilidade, locomoção, comunicação e demais atividades realizadas tanto em casa quanto na vida comunitária (Delisa, 2002).

A Enfermagem de Reabilitação está presente, há alguns anos, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com os Enfermeiros a prestar cuidados especializados, mas não de uma forma organizada. O processo de reforma dos Cuidados de Saúde Primários, iniciado em 2005, entrou numa segunda etapa de desenvolvimento, concluída que foi a fase de delineamento, arranque e implantação das suas vertentes e componentes essenciais. Estes estão divididos em várias unidades específicas como as Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) com Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) (Alves, 2012).

Como refere o Referencial do Enfermeiro, elaborado pelo Conselho de Enfermagem (OE, 2009, p.23), “ao nível da RNCCI, o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação *concebe, implementa e monitoriza planos de Reabilitação baseados nos problemas de saúde reais e potenciais, decorrentes de uma alteração da capacidade*

funcional da pessoa idosa e/ou alteração do estilo de vida resultante da deficiência/incapacidade ou doença crónica”.

Este profissional tem autonomia para decidir a sua intervenção junto da pessoa dependente e sua família, fazendo parte de uma equipa multidisciplinar, que em conjunto traçam um plano de intervenção com o objetivo de dar resposta às suas necessidades e preocupações (Alves, 2012).

Segundo a OE (2010, p.22) *“os Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Reabilitação são fundamentais tanto nas unidades como nas equipas domiciliárias (Unidades de Cuidados na Comunidade por exemplo), já que estas estão vocacionadas para a prestação de cuidados às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situação de maior risco ou dependência física e funcional”.*

Com a incorporação dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação nos CSP em 2009 e posteriormente com o aparecimento das ECCI em 2010, estes profissionais foram alocados com o objetivo de dar resposta às necessidades atrás descritas (Alves, 2012).

Neste momento, o Enfermeiro Especialista de Reabilitação é um elo importante no atendimento e satisfação da pessoa dependente e da pessoa que trata desta, na diminuição da sobrecarga do seu trabalho (Alves, 2012).

A Enfermagem de Reabilitação tem oportunidade de demonstrar que pode estar inserida nas diferentes unidades do CSP, bem como nas diferentes equipas de saúde que a constituem e com o seu trabalho, ir de encontro às necessidades das populações abrangidas por estas unidades. Como refere Gomes (2008, p.224, cit. por Alves, 2012) *“os Enfermeiros de Reabilitação, são importantes na equipa de saúde e uma mais-valia para os cuidados e satisfação dos utentes”.*

Relativamente à procura de cuidados de saúde, avaliada pelo indicador consultas médicas nos últimos três meses, tem-se verificado um aumento da procura por pessoas de 65 e mais anos, nomeadamente acima dos 85 anos, onde esse aumento corresponde a 22% entre 1987 e 1999, o que justifica e obriga à progressiva adequação da prestação de cuidados de saúde à população mais idosa (DGS, 2004).

A relação Médico-doente tem sido considerada como um ponto-chave na melhoria da qualidade do serviço de saúde e baseia-se na personalização da assistência, na humanização do atendimento e no direito à informação e ao consentimento informado (Pinto, 2016).

A relação empírica entre o envelhecimento e a deterioração da saúde é assumida como premissa, não obstante, todas as alterações em resposta ao desafio do ambiente continuam com o envelhecimento (Pinto, 2016).

O Médico é estimulado a pensar o doente idoso como um ser biopsicossocial. A doença raramente é orgânica ou psíquica ou social ou familiar, mas, sim, concomitantemente todas elas (Pinto, 2016). De facto, quando o idoso procura ajuda médica, raras vezes, espera apenas que o profissional se limite a ajudá-lo no alívio de um mal-estar circunstancial (Bezerra, Vianna e Vianna, 2010).

Os doentes idosos necessitam de um atendimento integral, tomando em consideração, além das suas queixas imediatas, situações sociais, económicas, familiares, emocionais, que não encaixam no estrito espaço e tempo de consulta. O Médico deve ser responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o idoso na sua integridade física, psíquica e social, e não somente do ponto de vista biológico (Bezerra, Vianna e Vianna, 2010).

A avaliação do idoso deve assentar numa abordagem global ou multidimensional, efetuada, não somente por um Médico, mas por uma equipa multidisciplinar (Pinto, 2016).

Tendo em conta que o envelhecimento está associado ao desenvolvimento de um número crescente de doenças crónicas, com a consequente necessidade aumentada de intervenção médica, a relação Médico-doente idoso é crucial para a manutenção da saúde e bem-estar da pessoa idosa (Clarke, 2014). Na maioria dos casos, um diagnóstico preciso, bem como um tratamento eficaz assentam diretamente sobre a qualidade do relacionamento (Kaba e Sooriakumaran, 2007).

Ficamos com a certeza de que as energias dispensadas pela assistência de cada profissional ficam muito aquém das necessidades dos idosos e a interação entre estes profissionais garante uma assistência diferenciada com ganho em saúde nesta área de intervenção.

2- Modelos de intervenção na gerontogeriatría

O envelhecimento, enquanto elemento de transformação das sociedades, coloca uma série de desafios: ao mercado de trabalho; aos sistemas de saúde e de proteção social; ao planeamento urbanístico; à organização das famílias na sua vida quotidiana; às instituições e aos seus modelos de funcionamento.

Alguns destes desafios têm sido equacionados como o *peso*, ou o *fardo*, que as populações mais velhas representam para as sociedades e, em particular, para as camadas mais jovens. Nomeadamente, muitos receiam que *o pagamento de pensões e a prestação de serviços sociais e de saúde à crescente população de idosos se tornarão um fardo demasiado pesado para uma população jovem cada vez mais reduzida. Alguns preveem até*

um confronto aberto entre as gerações, com os mais velhos a defenderem os seus benefícios sociais em detrimento das necessidades e interesses dos mais novos (Carvalho, 2012).

Os modelos assistenciais, modelos de atenção ou modos de intervenção em saúde são entendidos por Paim (2003) como diferentes combinações tecnológicas com diferentes finalidades, como resolver problemas e atender a necessidades de saúde, em determinada realidade e população adstrita (indivíduos, grupos ou comunidades), organizar serviços de saúde ou intervir em situações, em função do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e riscos à saúde.

“A definição mais simples de solidariedade intergeracional é a existência de coesão social entre gerações” (Bengtson et al, 2007, p. 3). De acordo com o modelo conceptualizado por Bengtson (cit. por Silva, 2011), a solidariedade familiar intergeracional é entendida como um fenómeno que integra várias dimensões: solidariedade estrutural (proximidade geográfica); solidariedade associativa (frequência de contactos e de atividades partilhadas); solidariedade afetiva (existência de sentimentos mútuos e de laços de afeto); solidariedade consensual (concordância com valores e orientações); solidariedade funcional (sistema de trocas de apoio entre as diferentes gerações) e solidariedade normativa (expectativas em relação às obrigações filiais e parentais). Estas dimensões, para além de se relacionarem entre si, fazem emergir uma noção de tempo que ultrapassa uma vertente cronológica.

O Modelo de envelhecimento saudável associado à condição de saúde numa ótica biomédica considera o envelhecimento: *“Positivo, no sentido de envelhecimento normal sem doenças; Negativo, enquanto envelhecimento patológico, com doenças; Normal, resultando da capacidade de os sujeitos por si só prevenirem o envelhecimento patológico”* (Bengtson et al, 2007, p. 3).

A abordagem do envelhecimento saudável identifica questões relacionadas com as doenças degenerativas, a dependência e a necessidade de cuidados (Almeida, 2007; Cabete, 2004) e valoriza como refere Viegas e Gomes (2007), o afastamento dos indivíduos da vida social como determinante para o aumento das doenças.

O Modelo de envelhecimento bem sucedido é o modelo orientado para uma abordagem bem- sucedida do envelhecimento, considera o normal e o patológico como percurso cruzado onde estão presentes um conjunto restrito de determinantes- biológicos, psicológicos e sociais (Almeida, 2007; Serqueira, 2007; Sousa et al., 2007). *“O envelhecimento bem-sucedido não enfatiza nem uma nem outra abordagem, mas sim a intersecção e correlação dos determinantes identificados”* (Fontaine, 2000; Montório e Izal, 1999 cit. por Lima, 2010, p.31). A abordagem que se descata é a que representa um processo contínuo, onde os sujeitos, decorrente das expectativas e interesses, podem participar e escolher o modo de vida a que pode aspirar, ainda que dentro das

possibilidades que lhe são oferecidas e /ou estão disponíveis na sociedade (Barreto, 1988; Fonseca, 2006; Guimarães, 2010, Oliveira, 2005; Pinto, 2001; Sousa, Relvas e Mendes, 2007). Neste contexto de análise, o envelhecimento resulta da capacidade de prevenção das doenças, da maximização das funções cognitivas, da participação e da integração nas redes de suporte familiar e social, estando relacionado com a capacidade dos indivíduos e da sociedade se adaptarem ao processo dinâmico do envelhecimento.

O Modelo de envelhecimento produtivo considera que na relação entre sociedade e a idade, as estratégias pessoais e sociais são afetadas pela repartição no tempo social (tempo de trabalho, tempo de lazer, tempo da família). Esta relação interfere com a formulação de políticas públicas na dinâmica do envelhecimento demográfico e no sentido que a velhice tem para as pessoas. Considera o envelhecimento em relação com o mercado de trabalho, com o sistema produtivo e com acesso à reforma (Guillemard, 2010), isto é destaca a transição do trabalho ativo para a reforma. Defende a sustentabilidade do sistema de proteção social através de várias estratégias, incluindo a participação dos idosos no sistema produtivo e o combate às reformas antecipadas.

Nesta linha de pensamento, o envelhecimento está relacionado com a sustentabilidade do sistema de bem estar e também com discriminação entendida como o “*tratamento injusto e padronizado de pessoas mais velhas, ao agismo*” por se encontrarem fora do mercado de trabalho (Guillemard, 2010; Viegas e Gomes, 2007, p.29-35; Lima, 2010, p.23). A ideia de promover a integração das pessoas idosas na sociedade e combater a discriminação quer por não continuarem a contribuir para o bem estar, quer por serem, na maioria, os maiores beneficiários do mesmo sistema através das pensões e do consumo de bens de saúde.

O Modelo de envelhecimento ativo remete para a ideia disseminada destes últimos anos, ou seja uma convergência das abordagens anteriores, numa perspetiva integrada que tem em conta o ambiente e em consideração um conjunto de determinantes alargados, tais como (ONU, 2002): Pessoais (biológicos, genéticos e psicológicos); Comportamentais (saúde mental, participação social e escolha de estilos de vida saudáveis); Económicos (rendimento e trabalho digno e proteção social-reformas); Sociais (apoio social e acesso a recursos sociais, educacionais e a direitos fundamentais); Ambiente físico (acessibilidades a serviços básicos-sem barreiras arquitetónicas, assim como alimentação adequada, bom ambiente, transportes e integração social).

A noção do envelhecimento ativo resulta da teoria da individualização da sociedade e pretende ultrapassar a visão dual do envelhecimento e potenciar a construção de uma teoria do envelhecimento integrada, onde este é conceptualizado como um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança. A finalidade é a de potenciar a qualidade de vida, entendida como um modo de vida ótimo (ONU, 2002). Este princípio concebe o envelhecimento como um processo que faz parte do ciclo de vida dos

seres humanos, permitindo, de acordo como as suas expectativas, desejos e capacidades a realização do seu potencial para providenciar uma adequada proteção, segurança e cuidados às suas necessidades (UE, 2010).

Nesta linha de análise destacam-se os direitos individuais e coletivos. O envelhecimento ativo defende a autodeterminação dos indivíduos - autonomia, participação, dignidade humana - como a responsabilidade social e justiça social - instituições justas, qualidade de vida, vida digna, segurança e bem-estar. Em termos teóricos, a ideia de que *“a história individual estendem-se ao longo da vida [...] e as experiências contribuem para uma adaptação mais ou menos favorável aos desafios do envelhecimento, num balanço de ganho - aspetos positivos e perdas - aspetos negativos - que se equilibram diferentemente em cada percurso individual e coletivo”* (Ribeiro e Paúl, 2001, p. 2). O desafio do envelhecimento ativo potencia novas formas de emancipar o indivíduo pela valorização das suas capacidades, o voluntariado, o ativismo ou a participação social.

O modelo de envelhecimento ativo *“requer novos conceitos como o de autonomia, envolvimento e participação”* (Viegas e Gomes, 2007, p.40). A ideia é transformar o destino do envelhecimento: *“em vez de recolhimento, ativação, e em vez de adscrever àquele destino aberto”* (Viegas e Gomes, 2007, p.41). É este modelo que atualmente designa a tendência quando se fala de envelhecimento.

O envelhecimento é, actualmente, uma questão da maior relevância social e científica, tendo várias abordagens e tendências. Neste percurso aproximamo-nos dos grandes modelos explicativos do envelhecimento: saudável, bem-sucedido, produtivo e ativo. Contudo, situar e explicar estas tendências não é fácil, dada à sua complexidade e multidimensionalidade. A evidência demonstra que é necessário uma avaliação e intervenção multidisciplinar, com uma visão holística para não só compreender, mas atuar no sentido de promover um envelhecimento efetivamente ativo, com proteção, com participação em saúde, implicando uma sociedade inclusiva, no presente e no futuro, onde todas as idades tenham lugar (Carbonelle, 2010).

A partir de modelos que discutem a prática e os conceitos dos profissionais, ficamos assim, com o desafio de compreender o modelo em uso numa região e de procurar encontrar o que pode ser um contributo para a qualidade assistencial de uma região.

3- A Qualidade de vida dos idosos

A qualidade de vida como a percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objetivos,

expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação *“afetado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de independência e as suas relações com características salientes do seu meio ambiente”* (OMS, 2002, p. 13).

O envelhecimento ativo é um paradigma introduzido também pela OMS (2002, p.12), definido como *“o processo pela qual se otimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objetivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice”*. Também a OMS (OMS, 2002, p. 12) diz que *“o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança visando a melhoria do bem-estar das pessoas à medida que envelhecem”*.

Segundo Renaud (2000) *“a saúde afeta a vida, quando se pensa na vida plena, tem-se em primeiro lugar na mente uma vida com saúde. A saúde surge sistematicamente como um dos aspetos mais importantes na vida das pessoas, nomeadamente nos idosos e é uma das variáveis determinantes da satisfação da vida”* (cit. in Silva, 2011, p.27).

Segundo Janczura (2012 cit. por Rosas, 2015), há uma diferença entre os conceitos de vulnerabilidade e risco. Segundo as autoras, o conceito de vulnerabilidade *“é aplicado erroneamente no lugar de risco”* (Janczura, 2012, p.302 cit. por Rosas, 2015), pois são dois conceitos distintos.

As mesmas autoras afirmam a importância de salientar que existe uma relação entre vulnerabilidade e risco: *“a vulnerabilidade opera apenas quando o risco está presente; sem risco, vulnerabilidade não tem efeito”*. A palavra vulnerável origina-se do verbo latim vulnerare, que significa ferir, penetrar. Por essas raízes etimológicas, o termo vulnerabilidade é geralmente usado na referência de predisposição a desordens (físicas/ psicológicas/emocionais) ou de susceptibilidade ao stress (Janczura, 2012, p.302 cit. por Rosas, 2015).

Também Renaud (cit.in Silva, 2011, p.28) afirma que *as vulnerabilidades da idade avançada podem ser mais de natureza psicológica do que física*. Para Amorim e Coelho (cit. in Silva, 2011, p.28) *“(...) um indivíduo pode sentir-se doente sem ter nenhuma doença biológica (...). Esta realidade (...) tem proporcionado o aparecimento de novos conceitos, como é o caso do de qualidade de vida”*. Para estes mesmo autores, *(...) a noção de bem-estar referida pela OMS implica que a única pessoa que pode responder pela sua saúde é o próprio indivíduo visto que não é possível alguém medir o bem-estar de outra pessoa*.

A fragilidade é um termo utilizado por profissionais de gerontologia e geriatria para indicar a condição de indivíduos idosos que apresentam elevado risco de quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte (Fried et al., 2001).

A fragilidade associa-se a características clínicas atribuídas ao envelhecimento, como por exemplo, diminuição da massa e da força muscular, exaustão, alteração da marcha e do equilíbrio, anorexia, perda de peso progressiva. Todos esses fatores levam a um maior risco de eventos adversos como quedas, incontinência urinária, hospitalização e morte (Fried, 2001).

A fragilidade está relacionada com a idade, embora não seja resultante exclusivamente do processo de envelhecimento, já que a maioria dos idosos não se torna frágil obrigatoriamente. Está relacionada com a presença de comorbidades, pois as doenças crônicas que surgem nas fases mais avançadas da vida tendem a ser menos letais e a acumularem-se durante o processo de envelhecimento. Cada uma dessas manifestações clínicas é preditora de uma série de reações adversas como quedas, hospitalização, institucionalização, declínio funcional e morte, (Macedo, Gazzola e Najas, 2008).

Claro que, a saúde é vital para manter o bem-estar e a qualidade de vida na idade avançada, sendo que na perspectiva de Grande (cit. por Silva, 2011, p.27) *“o envelhecimento da população europeia é um fenómeno irreversível, que levanta problemas sociais de vários tipos. (...) o fenómeno do envelhecimento tenderá a tornar-se uma preocupação dos centros de investigação europeus”*.

Reduzindo-se a expressão à sua semântica, o termo qualidade refere-se a um determinado grupo de atributos ou características dadas a um objeto (neste caso a vida). Já para o termo vida esta apresenta-se como uma ampla categoria onde de se inserem todos os seres vivos. Qualidade de vida é um conceito multidimensional, considerando que *“os indivíduos se desenvolvem em vários sistemas que influenciam o desenvolvimento dos seus valores, crenças, comportamentos, atitudes, e estes por sua vez influenciam a qualidade de vida”* (Alonso, Sánchez, & Martinez, 2009, p.18).

Porém, no âmbito da área da saúde o interesse pelo conceito de qualidade de vida é relativamente recente reportando-se a novos paradigmas que têm influenciado as práticas de saúde. Neste sentido, saúde e doença configuram-se *“com processos compreendidos num continuum, relacionados com aspetos económicos, socioculturais, experiência pessoal e estilos de vida”* (Seidl e Zannon, 2004, p. 580).

Segundo Lawtson citado por Neri (2000, p.39), a qualidade de vida na velhice é *“uma avaliação multidimensional referenciada a critérios socio normativos e interpessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospetivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente”*. Ou seja a qualidade de vida na velhice depende de vários elementos que estão em constante interação ao longo da vida do indivíduo.

A OMS reuniu um conjunto de peritos de muitos países (WHOQOL, World Health Organization Quality of Life- Group, 2002) com o objetivo de tentar obter um conceito comum e elaborar mecanismos para a avaliação da qualidade de vida. Os resultados dessa

reunião conduziram à definição de qualidade de vida como: *“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL, 2002, p.28).

A definição da OMS acaba por se tornar um padrão que serve de guia a diversos programas de saúde e assistência, particularmente nos idosos, como se pode ver no seguinte texto do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006, p.5- 9): *o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.*

Se é verdade que os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, contribuem para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da vida, não podemos esquecer que, em muitas situações, o declínio das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais. São importantes exemplos dessas situações, pela sua prevalência, entidades clínicas como a depressão bem como os fenómenos de solidão e de isolamento de muitas pessoas idosas (DGS, 2006).

A saúde é, assim, o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem, sendo a qualidade de vida, nas pessoas idosas, largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia e a independência (DGS, 2006).

Com o descrito anteriormente, a questão que se coloca é a de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, sendo a prática de atividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, entre outros, a promoção dos fatores de segurança e a manutenção da participação social são aspetos altamente relevantes. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, com o objetivo da recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos (Faleiros, 2013), pelo que consideramos que as intervenções dos Enfermeiros de reabilitação podem constituir-se como um forte contributo.

Tal como é possível verificar no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, este assenta em três pilares fundamentais, a promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida, a maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e a promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas (DGS, 2004).

A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida, ajudando a racionalizar os recursos da sociedade (DGS, 2004). Posto isto, é de extrema relevância a eficácia da prevenção dos fatores de risco comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada. Assim sendo no capítulo seguinte evidenciamos de que forma a promoção de saúde e prevenção de doença é pertinente para a qualidade de vida nesta faixa etária.

3.1- *Promoção da saúde e Prevenção da doença dos idosos*

A OMS (2002, p.6, cit. por Sousa, 2013) refere que, *em todos os países, “(...) medidas para ajudar pessoas mais velhas a manterem-se saudáveis e ativas são uma necessidade, não um luxo”*.

Desde logo, não podemos esquecer um princípio geral fundamental: envelhece-se como se vive. Os cuidados que tivermos ao longo da vida vão refletir-se necessariamente na qualidade da nossa velhice. Uma boa alimentação, exercício físico regular e um bom relacionamento social contribuem de forma decisiva para uma idade avançada ativa e saudável (Sousa, 2013).

Tendo em conta os determinantes comportamentais de um envelhecimento ativo ao longo da vida torna-se fundamental, a adoção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do auto-cuidado para se viver com mais saúde e por mais anos, contrariando um dos mais frequentes mitos negativos, ligados ao envelhecimento, que considera ser tarde demais, quando se é mais idoso, para se alterar o modo como se vive (DGS, 2004).

As prevenções primária, secundária e terciária da deficiência, incapacidade, desvantagem e dependência na população idosa constituem assim, tendo em conta as diferenças com a idade e o género, uma abordagem prioritária e indispensável do sector da saúde no quadro da manutenção, o mais tempo possível, da máxima autonomia e independência daquelas pessoas, obrigando, ao mesmo tempo, a uma mudança de mentalidades e de atitudes da população face ao envelhecimento e a uma intervenção

intersectorial, em todos os níveis da sociedade, que promova a adaptação e melhoria dos enquadramentos ambientais e de suporte às suas principais necessidades (Czeresnia, 2003).

A prevenção primária, estreitamente associada às doenças crónico degenerativas, visa evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que se sabem contribuir para um risco acrescido de doença (Alves, 2017). Deverá incluir políticas e programas de promoção de determinantes «positivos» de saúde, como a abstinência tabágica, a nutrição adequada e a prática regular do exercício físico (Alves, 2017). Assim, os conceitos de prevenção primária e de promoção da saúde confundem-se, sendo no entanto complementares. Segundo Czeresnia, enquanto a prevenção visa diminuir a probabilidade da ocorrência de uma doença, a promoção da saúde visa aumentar, através de esforços intersectoriais, a saúde e o bem-estar geral (Czeresnia, 2003).

Há autores que consideram que a promoção da saúde está incluída no nível primário de prevenção (Jamoulle, 2000; Jamoulle et al., 2002), correspondendo a um seu «subtipo» inespecífico. A prevenção primária inclui o conjunto das atividades que visam evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou de uma população a um fator de risco ou causal antes que se desenvolva um mecanismo patológico (Jamoulle, 2000; Jamoulle et al., 2002).

A prevenção secundária tem como finalidade a deteção de um problema de saúde num indivíduo ou numa população numa fase precoce, de forma a condicionar favoravelmente a sua evolução (Jamoulle, 2000; Jamoulle et al., 2002) — isto pressupõe, entre outros, o conhecimento da história natural da doença e a existência de um período de deteção precoce (incluído no período pré-clínico) suficientemente longo. É neste nível de prevenção que se enquadram os rastreios e os achados de caso: ambos visam identificar indivíduos presumivelmente doentes mas assintomáticos relativamente à situação em estudo. De um modo geral, o rastreio aplica-se a doenças crónicas e que progridem para estádios progressivamente mais graves a não ser que sejam tratadas, sendo que a sua finalidade é reduzir a mortalidade ou a morbilidade por uma determinada doença no grupo rastreado (Almeida, 2005).

Já a prevenção terciária tem como finalidade reduzir os custos sociais e económicos dos estados de doença na população através da reabilitação e reintegração precoces e da potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos. Atendendo à associação entre incapacidade e doença crónica, a prevenção terciária implica o tratamento (e controlo) das doenças crónicas (Almeida, 2005).

A prevenção quaternária visa evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo Médico associado a atos Médicos desnecessários ou injustificados; por outro lado, pretende-se capacitar os utentes ao fornecer-lhes a informação necessária e suficiente para poderem tomar decisões autónomas, sem falsas expectativas, conhecendo as vantagens e os

inconvenientes dos métodos diagnósticos ou terapêuticos propostos (Gérvás e Fernández, 2003).

Este nível mais elevado de prevenção em saúde consiste na deteção de indivíduos em risco de sobretratamento para os proteger de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (Jamoulle, 2000).

Os programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais requeridos face ao crescente envelhecimento populacional. A promoção da saúde é um tema em evidência na atualidade e que traz desafios para a ampliação das práticas no sentido de ressaltar os componentes socioeconómicos e culturais da saúde e a necessidade de políticas públicas e da participação social no processo de sua conquista (Buss, 2003; Rootman, 2001). Do ponto de vista gerontológico, o tema converge com a promoção do envelhecimento ativo, caracterizado pela experiência positiva de longevidade com preservação de capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo, para o que a garantia de condições de vida e de políticas sociais são uma prerrogativa (WHO, World Health Organization, 2002).

A estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável (ENEAS) de 2017, que deu seguimento ao Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas tem como objetivos a promoção da saúde e bem-estar das pessoas idosas, bem como no reconhecimento do facto de que os benefícios e a importância do envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida exigem a implementação de políticas intersectoriais e de uma abordagem holística na construção de uma *sociedade para todas as idades* (WHO, 2002). A ENEAS consolida-se num conjunto de linhas orientadoras da ação e medidas estruturadas a partir de quatro eixos estratégicos (saúde, participação, segurança, medição, monitorização e investigação), focadas na implementação de intervenções nos sistemas de saúde, social e outros, assentes na abordagem intersectorial e multidisciplinar, tendo sempre em consideração os valores e princípios que devem nortear a ação (DGS, 2017).

A incorporação da visão de promoção da saúde nos programas para idosos supõe uma abordagem crítica da prevenção e da educação em saúde e pode ser vista como um processo social em curso, complexo, que vem sendo estimulado em nível internacional por fóruns e documentos institucionais desde meados da década de 1980.

3.2- *Tratamentos de doença*

Os doentes idosos desejam que o Médico seja amistoso, cordial, gentil, carinhoso e solidário no seu sofrimento, oferecendo-lhes o apoio emocional de que carecem. Pretendem ser acolhidos de forma cuidadosa e personalizada e construir com os seus

prestadores de cuidados de saúde um relacionamento respeitoso e educativo, o que é consistente com os valores profissionais fundamentais (Pinto, 2016).

Cuidar de indivíduos idosos, é algo que transcende a objetividade da conduta terapêutica (Bezerra, Vianna e Vianna, 2010).

Os idosos apresentam problemas e limitações relacionados com o próprio processo de *senescência*, com as doenças de que geralmente sofrem e com a sociedade onde estão inseridos, o que implica uma visão global do complexo biopsicossocial que é o idoso. A avaliação do idoso deverá superar a avaliação clínica, que é a prática habitual nas nossas instituições de saúde, considerando, também, as áreas onde o idoso é habitualmente deficitário, como o estado físico, mental, funcional, social e nutricional (Veríssimo, Barbosa e veríssimo, 2014). O Médico deve, por exemplo, considerar o quão os fatores sociais facilitam ou impedem as recomendações de tratamento e gestão da doença de uma forma eficiente (Ory, Yuma e Wade, 2008).

É imprescindível estar atento à sua qualidade de vida, à capacidade de autonomia, aos apoios de que dispõem, para assim dar resposta aos seus problemas, valorizando todas estas condicionantes. Só assim, poderá ser elaborado um plano reconhecendo a natureza única dos problemas do doente geriátrico e que responda às suas reais necessidades, contribuindo, deste modo, para atingir o conceito de saúde da OMS: *Bem-estar físico, mental e social...* (Bezerra, Vianna e Vianna, 2010).)

As doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, fruto das suas características insidiosas, incapacitantes e tendentes para a cronicidade, tornam-se as principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas, com enormes custos individuais, familiares e sociais. Sabe-se, no entanto, que grande parte das complicações destas doenças, pode não apenas ser retardada no seu aparecimento, como minorada. Relativamente à incidência de determinadas doenças crónicas, o Inquérito Nacional de Saúde de 1998/1999 (Continente) permite observar que a hipertensão e as dores nas costas são as mais frequentes entre a população idosa inquirida. Estas doenças, juntamente com a da diabetes registam uma prevalência superior entre as mulheres (INE, 2002).

No contexto da patologia crónica que, em geral, mais afeta as pessoas idosas, não são, habitualmente, valorizadas as deficiências visuais, de comunicação e auditivas, assim como os problemas de saúde oral e de incontinência, os quais têm importante repercussão negativa, nomeadamente no isolamento e estado de nutrição destas pessoas bem como em todo o seu equilíbrio bio-psico-social (DGS, 2004).

No que se refere à doença de Parkinson, a sua prevalência aumenta de 0,6% aos 65 anos, para 3,5% aos 85 e mais anos, sendo uma das doenças crónicas neurodegenerativas mais comuns na população idosa (DGS, 2004).

Há que referir que a prevalência da demência aumenta, de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade, duplicando, entre os 60 e os 95 anos, em cada cinco anos e sobrevivendo as mulheres com demência mais tempo do que os homens com esta doença, apesar de ser maior a incidência de doença de Alzheimer no sexo feminino (DGS, 2004).

De igual modo, a prevalência de acidente vascular cerebral aumenta com a idade, de 3% aos 65 anos para 30% aos 85 e mais anos, sendo o AVC uma importante causa de morte e de séria deficiência na União Europeia. Refira-se que as pessoas com doença cardiovascular têm um mais elevado risco, estimado em cerca de 30%, de desenvolverem demência, incluindo a doença de Alzheimer (DGS, 2004).

Torna-se oportuno referenciar a importância do diagnóstico precoce de patologias que se associam muitas vezes ao aumento da idade, assim como uma vigilância com mais reservas nos com mais de 65 anos de idade.

O tratamento das doenças é uma preocupação da Assistência aos idosos, particularmente pelos Médicos e muitos Enfermeiros. Os principais objetivos da missão para os cuidados de saúde primários passam por melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, a qualidade e a continuidade destes assim como a eficiência e aumentar a satisfação de profissionais e utilizadores. Para tal foi considerado necessário modernizar e reconfigurar os Centros de Saúde *“como o coração do Serviço Nacional de Saúde e a estrutura de alicerçamento de todo o sistema de saúde”*, seguindo uma série de princípios dos quais se destacam: a orientação para a comunidade, a flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização; trabalho em equipa, a autonomia e responsabilização, a melhoria contínua da qualidade e a contratualização e avaliação (Amorim e Biscaia, 2013, p.4). Posto isto é possível criar um clima organizacional para uma melhor e mais eficaz abordagem ao cliente com mais de 65 anos, numa perspetiva multidisciplinar de promoção da saúde e prevenção da doença, com vista à qualidade de vida desta população.

4- A assistência aos Idosos suportada na teoria das transições

Olhar a assistência aos idosos por parte da Enfermagem requer um pensamento teórico que diferencie a sua assistência face a outros profissionais e que se constitua como um ganho para os idosos e para a profissão face a uma análise das teóricas elegemos a teoria das transições como explicativa para os Enfermeiros.

Recordemos que a transição remete para uma *“mudança significativa na condição de saúde, através de alterações de processos, papéis ou de estados, como resultado de*

estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social” (Meleis, cit. por Abreu, 2011, p.23). A complexidade da assistência ao idoso remete-nos para cuidados de saúde e sociais o que nos aproxima desta teoria, considerando que com os cuidados pretendemos facilitar o processo de transições/mudanças que o cliente experiencia na sua vida, tendo em vista transições saudáveis, logo conducente às atuais políticas de um envelhecimento saudável e ativo.

A estimulação da iniciativa pessoal das pessoas idosas para a autonomia e a independência, é um imperativo de natureza ética, revelador da concepção humanista em que assenta uma sociedade, da responsabilidade solidária do Estado e da consciencialização, de cada cidadão, do sentimento de pertença a uma comunidade, através da sua participação e empenhamento generosos a favor da saúde dos mais frágeis (DGS, 2006).

É este o princípio básico em que assenta este Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, o qual visa informar sobre o envelhecimento ativo e sobre as situações mais frequentes suscetíveis de influenciar a autonomia e independência das pessoas idosas, orientar, na área da saúde, a organização de todos os intervenientes, profissionais ou utilizadores e contribuir para a promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, tendo em conta o impacto destas estratégias nos principais determinantes do envelhecimento ativo de cada cidadão (DGS, 2006).

Para compreender a assistência neste paradigma teremos que recordar que a teoria de médio alcance de Meleis foca três componentes essenciais à transição, sendo estas: a natureza das transições; as condições de transição (facilitadoras e inibidoras) e os padrões de resposta. As terapêuticas de enfermagem são um quarto elemento que deve ser impulsionador de uma transição saudável e que de uma forma específica se aplica à assistência aos idosos (Meleis, cit. por Abreu, 2011). Na teoria das transições, quanto à sua natureza, Meleis classifica-as quanto ao tipo, padrões e propriedades (Meleis *et al.*, 2000 cit. por Almeida, 2009).

Relativamente ao tipo, as transições podem ser desenvolvimentais, situacionais, saúde/doença e organizacionais. Podem existir sobreposições quanto ao tipo de transições, sendo importante que o profissional tenha a perceção do cliente como um todo. No que diz respeito aos padrões, as transições podem ser únicas ou múltiplas. Estas podem ainda ser sequenciais, simultâneas, relacionadas e não relacionadas (Meleis *et al.*, 2000 cit. por Almeida, 2009).

Torna-se claro a importância da natureza das transições para perceber as vertentes em que se torna evidente a necessidade de intervir enquanto profissionais de saúde e sociais, com a perspetiva de um cuidar holístico. No caso da pessoa idosa para além da transição desenvolvimental (relacionada com a mudança no ciclo vital), poderá

vivenciar também uma transição situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis, tais como passagem à reforma), ou até mesmo transição saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem estar para o estado de doença, muitas vezes associada à idade mais avançada), e por fim organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional) (Meleis, 2000).

Relativamente às propriedades, estas são: a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, a duração da transição e os pontos/eventos críticos (Meleis *et al.*, 2000 cit. por Almeida, 2009).

A consciencialização está relacionada com “a *perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição*”. Revela-se uma propriedade fundamental e essencial, uma vez que é evidente a sua importância no início de uma transição, recordemos que cada idoso experiencia o caminho para a terceira idade de forma diferente e muito pelo que vivenciam, visto que a pessoa deve ter consciência das mudanças que ocorreram na sua vida, mas a ausência de manifestações de consciência não impede o início do processo de transição (Meleis *et al.*, 2000 cit. por Almeida, 2009, p. 28).

O envolvimento define-se com a envolvimento da pessoa com os processos inerentes à transição. Os níveis de envolvimento estão diretamente relacionados com a consciencialização do indivíduo. No que diz respeito ao idoso e devido ao facto de muitas vezes não aceitar a mudança, é notória a dificuldade dos profissionais na utilização de estratégias para o seu envolvimento em atividades, na sua recuperação, na própria adaptação à mudança (Meleis *et al.* (2000, cit. por Almeida, 2009).

A mudança e a diferença são também propriedades importantes. Meleis *et al.* (2000, cit. por Almeida, 2009) referem que *apesar de todas as transições implicarem mudança, nem toda a mudança está relacionada com processos de transição, no entanto, as transições são o resultado de mudanças e resultam em mudanças*. A diferença reporta-se a uma forma diferente de se ver a si mesmo, ao mundo e aos outros. As mudanças muitas vezes são difíceis para o idoso, principalmente no que troca a papéis, perdas de familiares, amigos e financeiras, diminuição da autonomia, distância, tempo a mais, mudanças rápidas entre outras (Rosas, 2015).

A duração da transição é variável e frequentemente indefinida, visto que pode haver avanços e retrocessos que provocam uma avaliação contínua dos resultados e redefinição de objetivos (Leonardo, 2011 cit. por Rosas, 2015), sendo que por todos os fatores inerentes a esta faixa etária é possível afirmar que muitas vezes a transição é lenta e com retrocessos (Rosas, 2015).

Os eventos críticos referem-se a um evento significativo ou *ponto de viragem* que irá exigir novas respostas por parte do cliente. Os profissionais devem dar especial

atenção, minimizando assim o impacto que terão sobre o cliente e sua família (Meleis et al., 2000). Os fatores psicológicos nesta faixa etária, podem levar ao isolamento, entre outros fatores mais graves que levam a uma viragem na transição (Rosas, 2015).

Quanto às condições das transições, estas podem ser pessoais (significados, crenças e atitudes, status socioeconómico, preparação e conhecimento), da comunidade e da sociedade (Meleis et al., 2000 cit. por Almeida, 2009). Os mais de 65 anos, devido às suas raízes muitas vezes têm crenças acentuadas e conhecimento não baseado na evidência que podendo estar ou não correto, tornam-se demasiadamente influenciadores no decorrer da transição. O facto do status socioeconómico no momento da reforma modificar, não significa que tenha implicações negativas ou positivas, mas influenciam na vivência da transição (Rosas, 2015).

Torna-se relevante perceber as propriedades e condições das transições na avaliação inicial para adequar a intervenção e a vigilância de cada cliente, uma vez que cada indivíduo é único e vivencia a transição de forma diferente (Meleis et al., 2000 cit. por Almeida, 2009), pelo que a forma como avaliamos o idoso na perspetiva de enfermagem tem que demonstrar uma vigilância específica do conhecimento e capacidades daquele idoso no que diz respeito aos resultados que queremos atingir, para assim adequar da melhor forma as nossas intervenções.

No que diz respeito aos padrões de resposta, Meleis et al. (2000, cit. por Almeida, 2009, p. 30) mencionam que à medida que a transição vai decorrendo, *“a identificação de indicadores de processo que guiam as pessoas para uma vida saudável ou em direção à vulnerabilidade ou risco, permite aos profissionais fazerem uma avaliação e intervirem precocemente de modo a ajudar o indivíduo a atingir o bem-estar”*. Assim sendo podem ser avaliados de dois tipos: indicadores de processo e indicadores de resultado.

Para os indicadores de processo são abordados os seguintes conceitos: sentir-se envolvido, a interação, sentir-se situado e desenvolvimento de confiança e *coping*. Os indicadores de resultado manifestam-se pela mestria e integração fluída da identidade. O indivíduo evidencia mestria quando *“o progresso das suas capacidades é de tal ordem que possibilita viver a transição com sucesso, sendo de salientar que estes comportamentos traduzem o fim da experiência de transição”* (Meleis et al., 2000 cit. por Carvalho, 2012, p. 31). A integração fluída da identidade está relacionada com o facto de as pessoas que *“vivenciam transições totalizarem novos comportamentos e experiências que modificam a sua identidade levando a uma melhor adaptação da realidade após a transição”* (Meleis et al., 2000 cit. por Carvalho, 2012, p. 31).

As terapêuticas de enfermagem para além de serem vistas como ações de enfermagem para modificação de um diagnóstico (intervenções de enfermagem), são também as intenções colocadas em cada ação do Enfermeiro (Meleis, 2000, cit. por Carvalho, 2012).

Os Enfermeiros em especial o Enfermeiro com especialidade em reabilitação têm capacidades e competências para intervir tanto ao nível da família como sociocomunitário. O facto de estarem sempre presentes, a nível institucional, favorece não só o contacto com o cliente e família como o detetar de problemas sendo possível articular com eles e os demais profissionais da equipa interdisciplinar possíveis estratégias de resolução (Pereira, 2014).

Através da avaliação funcional, e segundo o Regulamento N.º 125/2011, o Enfermeiro de reabilitação pode conceber, desenvolver e monitorizar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação específicos, tendo em conta a sua avaliação diferenciada nos problemas reais e potenciais das pessoas ao nível da promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando a autonomia da pessoa e da família que cuida. Para isso, o Enfermeiro de reabilitação utiliza técnicas específicas, intervindo ao nível do planeamento da alta, continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e nas suas comunidades, visando a adaptação às limitações e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

Para Delisa (2002), os Enfermeiros de reabilitação têm como objetivo ajudar a pessoa a readquirir as capacidades para desempenhar tarefas tão comuns do dia-a-dia, como por exemplo, o preparar uma refeição, o abotoar de botões da camisa ou a transferir-se da cama para o cadeirão, que podem constituir-se obstáculos para pessoas com incapacidades.

Hesbeen (2003) menciona que os Enfermeiros de reabilitação possuem uma filosofia de vida que visa o futuro da pessoa, mesmo quando já não é possível a cura ou a reparação do seu corpo. Os aspetos físicos, psicológicos e sociais são valorizados, visando o desenvolvimento de competências da pessoa e a sua família nos cuidados de saúde, reenquadrando-se e adaptando-se à mudança. A motivação, o otimismo, a tenacidade e a empatia são competências fundamentais ao trabalho destes profissionais. Deste modo, é fundamental evidenciar que estes profissionais especializados têm uma visão da pessoa idosa mais pormenorizada, e pelo facto de estarem presentes tanto no momento da hospitalização, como nos cuidados de saúde primários permite um acompanhamento mais eficaz e eficiente, pelo que o trabalho na equipa multidisciplinar torna-se muito importante e indispensável.

Resumindo a teoria das transições de Meleis assume um papel fundamental no que diz respeito à forma de pensamento dos profissionais de saúde e sociais no que toca a esta faixa etária, devido ao facto dos idosos serem uma população em que é necessário todo um trabalho em busca de uma harmonia do tempo de vida destas pessoas (Rosas, 2015).

Torna-se relevante valorizar todas as questões referidas no quadro teórico para pensarmos na análise do problema que constatamos, com mais rigor de forma a verificarmos a necessidade reflexão do trabalho nesta área.

CAPITULO II -CAMINHO METODOLÓGICO PARA A ANÁLISE DO MODELO ASSISTENCIAL AOS MAIS DE 65ANOS

A investigação científica consiste num processo de aquisição de conhecimentos de forma ordenada e sistemática que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas de uma investigação. O conhecimento científico adquire-se de diversas formas, de entre elas a investigação científica é o método mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional (Fortin, 2000).

Para Fortin (2000), a fase metodológica de uma investigação científica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação. Este plano constitui a base sobre a qual virão surgir os resultados da investigação.

Da mesma forma que, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), transmite aos leitores quais foram os métodos usados pelo pesquisador para responder às questões de pesquisa, quais as decisões metodológicas adotadas, assim como justificar todas essas decisões.

O referencial teórico elaborado em estreita relação com o objeto em estudo e descrevendo o estado atual da arte sobre a problemática do apoio aos idosos com mais de 65 anos pela parte social, de enfermagem e médica, permitem escolher a metodologia mais apropriada.

Não existe uma única maneira correta de compreendermos a complexidade do mundo e o conhecimento científico seria escasso caso não existisse essa variedade disponível de métodos alternativos (Polit, Beck e Hungler, 2004), os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação (Fortin, 2000). Daí que a escolha deste desenho tenha que estar intimamente relacionada com a problemática em estudo e também com o estado dos conhecimentos à volta da mesma. Então enveredamos por uma abordagem qualitativa porque pretendemos entender a realidade na sua complexidade e no seu contexto natural.

Segundo Rey (2002) a epistemologia qualitativa apoia-se nos seguintes fundamentos: a produção de conhecimento é um processo construtivo e interpretativo no qual o pesquisador integra, reconstrói e apresenta através de construções interpretativas diversos indicadores obtidos durante a pesquisa, os quais não teriam nenhum sentido se fossem apresentados de forma isolada, como constatações empíricas; o processo de produção do conhecimento é interativo, no qual as relações entre o investigador e o investigado são

uma condição essencial para o desenvolvimento da investigação e, mais do que isso, a interatividade é uma dimensão essencial e um atributo construtivo desse processo e o significado da singularidade é uma característica na produção do conhecimento, elevando a importância da qualidade da expressão do sujeito sobre a quantidade de sujeitos a serem estudados.

Tendo em conta os objetivos e as características do estudo enveredámos por um estudo de campo com base na fenomenologia, tais estudos são investigações feitas em campo. Pretendem examinar, profundamente, as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto em ação na vida real. O propósito de um pesquisador de campo é o de aproximar-se das pessoas estudadas de modo a compreender um problema ou situação, a partir do seu cenário natural. Devido à natureza intensiva e flexível dos estudos de campo, eles possuem a capacidade de fornecer uma compreensão em profundidade dos fenómenos, que não poderia ser alcançada utilizando os métodos mais tradicionais de pesquisa científica. A pesquisa de campo nunca pode ser duplicada, porque os métodos evoluem *in situ*. Fica por vezes difícil, determinar se dois pesquisadores de campo independentes, realizando a mesma investigação, irão chegar às mesmas conclusões (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Neste capítulo pretendemos sustentar o trabalho de campo pelo que abordamos os objetivos e perguntas de partida, participantes do estudo, procedimentos para recolha de dados, procedimentos de análise de dados e procedimentos éticos.

A problemática, segundo os autores, é uma operação que se divide em dois momentos. O primeiro momento decorrente da revisão bibliográfica, exploração de leituras, entrevistas e do balanço dos diferentes aspetos do problema levantado, assim como, elucidar os seus pressupostos e refletir nas suas implicações metodológicas. O segundo momento consiste em escolher e construir a nossa problemática. No entanto, Vilelas (2009, p. 76) faz a ressalva de que as etapas de uma investigação *“entrelaçam-se e complementam-se de tal modo que nos obrigam a efetuar constantes revisões de todos os aspetos anteriores”*. Começamos por construir a pergunta de partida *Será que os profissionais de saúde e da área social organizam a sua assistência tendo por base um modelo promotor da saúde dos mais de 65 anos, com recurso à disponibilidade das mais valias do meio e dos próprios idosos?*

O problema que pretendemos investigar será perceber se os profissionais de saúde adotam modelos na assistência aos idosos tendo em vista um envelhecimento ativo, e tendo por finalidade contribuir para uma política de articulação entre a área social e de saúde que garanta qualidade de vida dos maiores de 65 anos num ambiente sustentável, amigável e com segurança em meio familiar ou institucional.

Os objetivos da investigação representam claramente aquilo que o investigador se propõe a fazer para realizar o estudo (Fortin, 2009), neste estudo pretendemos

orientarmo-nos pelos seguintes objetivos: compreender o modelo assistencial dos idosos no município de Vila Nova de Famalicão; analisar a perceção dos profissionais sobre as condições das pessoas com mais de 65 anos; identificar determinantes que sustentem uma política para mudança de comportamento no sentido de um envelhecimento saudável ativo e interventivo.

As questões de investigação são interrogações precisas que incluem os conceitos em estudo (Fortin, 2009). Desta forma, no sentido de orientar o estudo elaboramos três questões orientadoras que, nos ajudarão a perspetivar a metodologia a utilizar:

- Qual o modelo assistencial desenvolvido pelos profissionais de saúde e sociais para os idosos de Vila Nova de Famalicão?
- Será que as estratégias de saúde utilizadas promovem um comportamento dirigido para o envelhecimento ativo na população idosa de Vila Nova de Famalicão?
- Será que os profissionais de saúde e da área social desenvolvem práticas conducentes a um envelhecimento ativo?

A partir destas questões organizamos a pesquisa que de seguida iremos descrever.

1- Participantes do estudo

A amostra deste estudo é de carácter intencional, considerando que participaram neste estudo profissionais com a experiência no fenómeno de assistência aos idosos. Na amostragem intencional o pesquisador pode decidir seleccionar propositadamente os sujeitos particularmente conhecedores das questões que estão a ser estudadas. Esta técnica de amostragem costuma ser utilizada quando o pesquisador deseja uma amostra de especialistas, tal como no caso de um levantamento de necessidades que utiliza o método de sujeitos chave (Fortin, 2009).

Considerando que o que se pretendia era ter um corpo de relatos sobre uma experiência específica delineou-se previamente a constituição do grupo dos participantes.

Para a seleção dos participantes verificamos as freguesias com maior número de pessoas maiores de 65 anos. Segundo estudo (INE, 2011), as oito Freguesias de Vila Nova de Famalicão com população assistencial com mais de novecentas pessoas com mais de 65 anos são: Joane (mil trezentos e trinta), Lousado (novecentos e sessenta e

cinco), Ribeirão (mil quatrocentos e quarenta e oito), Calendário (dois mil e oitenta e quatro), Antas (mil cento e oitenta e sete), Gavião (novecentos e noventa e seis), Vila Nova de Famalicão (mil quatrocentos e setenta e nove) e Bairro (novecentos e doze). Face à caracterização da população foram escolhidos para participarem no estudo, oito Médicos, oito Enfermeiros e oito Assistentes sociais que têm assistido pessoas com mais de 65 anos de idade destas oito freguesias.

Cada participante constituiu um caso e de seguida caracterizamos a amostra através do seguinte Quadro1.

Quadro 1 - Caracterização dos Participantes do estudo

Caso	Natureza profissional	Idades	Formação Gerontologia	Género
A1	Assistente social	30	Não	Feminino
A2	Assistente social	37	Não	Feminino
A3	Assistente social	39	Não	Feminino
A4	Assistente social	41	Sim	Feminino
A5	Assistente social	27	Não	Feminino
A6	Assistente social	31	Não	Feminino
A7	Assistente social	56	Não	Feminino
A8	Assistente social	35	Não	Feminino
E1	Enfermeiro	51	Sim Especialização em Reabilitação	Feminino
E2	Enfermeiro	35	Não	Feminino
E3	Enfermeiro	42	Não	Feminino
E4	Enfermeiro	37	Não	Feminino
E5	Enfermeiro	35	Não	Feminino
E6	Enfermeiro	31	Sim Pós graduação em cuidados continuados; Especialização em Reabilitação	Feminino
E7	Enfermeiro	45	Sim Especialização Médico Cirúrgica com componente dominante em geriatria e gerontologia	Feminino
E8	Enfermeiro	50	Não	Feminino
M1	Médico	34	Não	Feminino
M2	Médico	60	Não	Masculino
M3	Médico	59	Não	Feminino
M4	Médico	35	Não	Feminino
M5	Médico	60	Não	Feminino
M6	Médico	43	Não	Feminino
M7	Médico	41	Não	Feminino
M8	Médico	60	Não	Feminino

Os Médicos são o grupo com idade média mais elevada (média de 49) e os Assistentes sociais os mais novos (média de 37,7).

É de salientar que a preocupação do investigador foi trazer para o corpo de análise o conhecimento de Médicos, Enfermeiros e Assistentes sociais de forma a permitir a análise do Modelo em uso nesta região.

2- Instrumentos de recolha de dados

Tendo em conta os objetivos e a natureza deste estudo, escolhemos a entrevista semi estruturada considerando que esta metodologia de colheita de dados nos permitiu reunir uma boa quantidade de informações através da interrogação direta de pessoas, isto é, *“solicitando-lhes o relato de experiências pessoais”* (Polit & Hungler, 1995, p. 166), e assim dar resposta aos objetivos iniciais.

A entrevista, segundo Marconi e Lakatos (1999, p. 94), *“é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”*. Na entrevista é possível obter informação importante para a descrição dos fenómenos em estudo. Ora, a descrição de fenómenos é uma das características fundamentais nas abordagens qualitativas, daí que a nossa opção tenha decorrido no sentido desta abordagem.

Ghiglione e Matalon (2001) referem que os objetivos da entrevista podem situar-se a vários níveis: explorar um tema desconhecido; aprofundar determinado assunto; verificar os domínios de um tema já suficientemente bem conhecidos; e controlar e validar resultados, o que se contextualiza na nossa pesquisa pois pretendemos explorar como é feita a assistência ao idoso.

A opção pela entrevista semi-estruturada/semi-directiva justifica-se porque assim conseguimos orientar a entrevista através de um conjunto de questões utilizadas como guia (Polit, Beck e Hungler, 2004). O entrevistador segue um conjunto de questões provenientes de um quadro teórico, de modo a aprofundar ou ver a evolução daquele domínio na população que está a investigar, que poderá ou não ser aleatório.

A entrevista (Anexo V) deste estudo é constituída por três partes, sendo a primeira o consentimento, onde é apresentada a investigadora, enquadramento do estudo no projeto, a explicação do estudo, tais como o nome, a finalidade e os objetivos deste estudo, a duração, condições de participação e financiamento, e questões de confidencialidade e

anonimato (assinatura do consentimento informado), a segunda referente às questões de contexto (género, idade, formação em gerontologia e profissão) e a terceira constituída por treze perguntas orientadoras da entrevista.

3- Procedimentos para recolha e análises de dados

Uma das tarefas mais difíceis para o investigador, no caso de um estudo qualitativo, independente da sua forma, é preparar a imensidão de dados produzidos. Os procedimentos de colheita de dados iniciam-se no contacto com as instituições e terminam quando as entrevistas estão todas transcritas. Todas as entrevistas foram gravadas e de seguida foi efetuada a transcrição integral do registo das entrevistas (verbatim), para assegurar com rigor o que foi referido pelos participantes.

Quando os investigadores acabam de colher todos os dados é necessário começar a sua análise. A análise de dados na investigação qualitativa começa, de facto, quando a colheita de dados se inicia, prolongando-se num *continuum*, necessitando *ouvir* cuidadosamente aquilo que viram, ouviram ou experimentaram para descobrir os significados (Streubert & Carpenter, 2002).

A análise qualitativa envolve o método indutivo procurando temas ou regularidades recorrentes nos dados. Segundo Bardin (2004), as diferentes fases da análise de conteúdo, organizam-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e por último o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A primeira fase consiste na organização propriamente dita, correspondendo a um período de intuições, mas que tem por objetivo sistematizar as ideias iniciais. A segunda fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, desconto ou enumeração. Por último os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos. (Bardin, 2004)

Após a transcrição das entrevistas, foi feita uma primeira leitura de todas as entrevistas e de seguida foi feita a sua codificação, organizando quadros de referência.

Os resultados obtidos serão apresentados sob a forma de categorias, sub-categorias e unidades de registo. Segundo Bardin (2004, p. 112), “*a categorização tem como principal objetivo... fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos*”.

“A categorização pode empregar dois processos inversos,

- *É fornecido o sistema de categorias e repartem-se da melhor maneira possível os elementos, à medida que vão sendo encontrados...*
- *O sistema de categorias não é fornecido, antes resultando da classificação analógica e progressiva dos elementos*". (Bardin, 2004, p. 113)

A codificação é realizada através das letras "A", "E" e "M", designando respetivamente as categorias profissionais de "Assistentes sociais", "Enfermeiros" e "Médicos", e atribuindo um número de acordo com a ordem da entrevista. Os discursos produzidos pelos entrevistados serão apreciados com recurso à análise de conteúdo segundo os princípios delineados por Bardin (2004).

A categoria surgiu pela análise aberta do escopo dos discursos sendo validada por dois peritos. Depois da revisão teórica e sustentada no que os autores referiram realiza-se uma primeira leitura para identificar as categorias de forma aberta, seguindo-se uma segunda leitura para compreender o conceito subjacente a cada categoria e as respetivas subcategorias. Não nos prendemos a nenhum modelo específico, contudo a base da análise e porque é uma mais valia para a Enfermagem foi a Teoria de Médio Alcance de Meleis.

4- Procedimentos éticos

Num trabalho de investigação, em que são vulgarmente utilizadas pessoas como sujeitos da investigação, algumas questões morais e éticas colocam-se, de modo a que os direitos humanos sejam assegurados.

"Pelo facto de as pesquisas científicas nem sempre terem sido conduzidas de maneira ética, e devido aos dilemas reais que os pesquisadores costumam enfrentar, no planeamento de seus estudos, científica e eticamente rígidos, foram elaborados códigos de ética para orientá-los. Os três princípios éticos incorporados à maioria das orientações são a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça" (Polit & Hungler, 1995, p. 307).

Segundo Streubert e Carpenter (2002), algumas exigências éticas são aplicadas à investigação qualitativa. Primeiro, os participantes não devem ser prejudicados, o que se relaciona com o princípio da maleficência, da mesma forma que Polit e Hungler (1995, p. 307), referem que *"a beneficência envolve a proteção dos participantes contra danos físicos e psicológicos, proteção contra a exploração e a realização de algo benéfico"*. Neste estudo não há nenhum fator que ponha em causa o princípio da maleficência.

Os investigadores devem obter consentimento informado e a intervenção do participante deve ser voluntária, portanto, apoiando o princípio de autonomia. Mais ainda, os investigadores devem assegurar aos participantes que a confidencialidade e o anonimato são respeitados, sendo assim respeitados os princípios da beneficência e justiça, mas, tal como refere Streubert e Carpenter (2002, p. 43), “*a própria natureza da colheita de dados na investigação qualitativa torna o anonimato impossível, ou seja, é inevitável conhecer a fonte dos dados*”.

“O investigador deve fazer todos os esforços para assegurar que a confidencialidade é uma promessa cumprida” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 43), de tal forma que ninguém para além do autor deve conhecer a origem dos dados. Na transcrição das entrevistas as mesmas serão codificadas com as letras A/E/M seguido de numeração árabe e de modo aleatório, em função dos sujeitos que as ocasionaram, garantindo assim a codificação. Foi também referido a todos os entrevistados que a participação era voluntária, e que a informação era confidencial, sendo que após a transcrição e codificação, as gravações eram eliminadas.

O consentimento informado, segundo Polit e Hungler (1995), significa que, os participantes possuem informação adequada, no que se refere à investigação; são capazes de compreender a informação; têm a capacidade de escolher livremente; e capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação. Antes de iniciar a entrevista propriamente dita, foi explicado o estudo e as condições de participação, sendo assinado o consentimento informado por todos os participantes (Anexo IV).

O acesso à população fez-se a partir do ACES da região em estudo, depois de um pedido formal ao ACES (sendo que o projeto já tinha autorização para todos os estudos inerentes), à ARS e à Comissão de ética (deste estudo em específico) (Anexo VI). O pedido referia toda a informação acerca do projeto e deste estudo em específico.

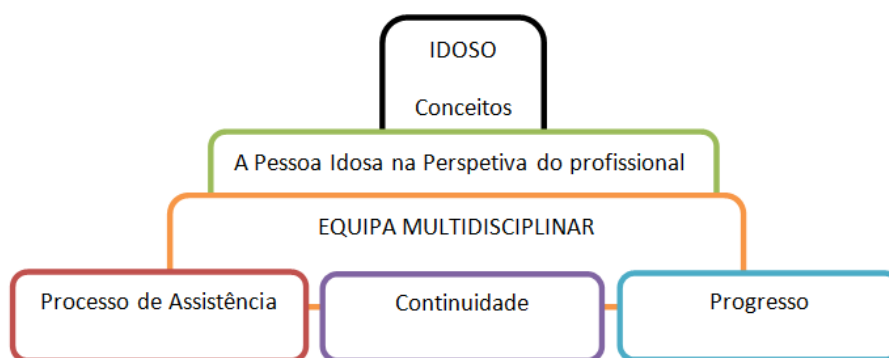
CAPÍTULO III - O FLASH DA ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS NUM ACES

Do resultado da análise das entrevistas encontramos um flash, isto é uma visão redutora da assistência aos idosos dos profissionais na sua prática, uma vez que oferecemos o que apenas foi percebido através do olhar de cada profissional das diversas unidades das freguesias de Vila Nova de Famalicão com mais população maior de 65 anos e não incluímos outras estratégias para aprofundar o problema da assistência aos idosos.

No presente capítulo proceder-se-á à apresentação, análise e discussão dos dados provenientes da análise de conteúdo das 24 entrevistas efetuadas aos Assistentes sociais, Enfermeiros e Médicos da ACES de Vila Nova de Famalicão. Pretende-se além de descrever, analisar e discutir-se o emergido, interpreta-lo na base da fundamentação teórica, para dar resposta às questões de investigação.

Procurou-se através da análise de conteúdo das entrevistas descobrir significados e agrupar a informação obtida, a qual possibilitou identificar as temáticas. A partir das áreas temáticas apresentadas na seguinte Figura 3 serão apresentadas categorias e subcategorias e respetivas unidades de registo, e discutida a informação conseguida.

Figura 3 - Áreas Temáticas do Modelo Assistencial



O flash permitiu ver de forma organizada um processo assistencial a partir dos conceitos dos profissionais sobre o cliente idoso, o que nos levou a encontrar a ideia de um trabalho em que a equipa multidisciplinar é sustentada em três pilares: o processo assistencial, a continuidade e o progresso.

De seguida são apresentadas as áreas temáticas, as respetivas categorias e subcategorias, coadjuvados por quadros explicativos e os alusivos excertos dos discursos, extraídos das entrevistas. No final de cada área temática é introduzida a discussão dos

resultados, pelo que se organizou em cinco subcapítulos agregadores da lógica das temáticas emergentes.

1- Os profissionais e os conceitos

O envelhecimento, em termos gerais, é definido como um processo que acompanha o organismo do nascimento à morte. A velhice é um momento específico dentro desse processo marcado pela agudização de diferentes reduções e modificações de diversas funções, bem como determinadas alterações celulares, não implicando, todavia, um acúmulo de doenças (Mucida, 2006).

Dentro do conhecimento teórico que cerca a velhice e o envelhecimento, dois conceitos são recorrentes: *senescência* e senilidade. O primeiro é definido como um processo fisiológico inelutável do organismo que acarreta modificações precisas, associadas a uma redução de todas as funções sem provocar doenças. A senilidade, por sua vez, refere-se às patologias do envelhecimento, de modo que há mudanças precisas que se agudizam a partir de determinada idade, variável para cada organismo, e que podem ser expressas sob diferentes maneiras nas funções respiratórias, circulatórias, pulmonares etc., bem como na imagem, com rugas, cabelos brancos, menor elasticidade da pele, flacidez, entre outras (Mucida, 2006).

Como forma de avaliação do pensamento dos profissionais acerca dos com mais de 65 anos, foi questionado *qual o pensamento destes quando olham para os idosos*. Depois de entrevistados os profissionais de saúde e sociais emergiram categorias e subcategorias apresentadas no seguinte Quadro 2.

Quadro 2 - Os conceitos sobre os Idosos

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Experiencia de vida	Sabedoria	... sabedoria... (A1) ... pessoa com saber, pessoa sabida...(E3) ...sabedoria ... (M6)
	Experiência	...pessoas cheias de experiências...(A6)
Pessoa ativa	Produtividade	...trabalho ... (A1)
		... esforço... (A1)
		...muito produtivos... (A5)
	Atividade	Autónomos...(A6)
		...independente...(E1)
		...muito ativas... (E4)

		...ativos... (M8)
		...apoio aos mais jovens... (E6)
Estado de saúde	Fragilidade	...frágeis..., situações limites, situações que precisavam de apoio... (A4)
		Fragilidade...(M6)
		...debilitados...(E5)
		...vulnerabilidade... (M6)
Perceção relacional	Positivo	...meiguinhos... (A4)
		...todos amorosos... (A4)
		...serenidade... (M6)
		...ternura... (M6)
		...agradecimento.... (M7)
		...simpatia... (M7)
		...carinho... (M7)
		...sensatez... (A2)
	Negativo	...estorvo... (A6)
		...esmorecimento... (M6)
Comportamentos negativos	Resistentes à mudança	...não estão recetivos... (A4)
	Conflitos	...arranjarem confusões. (A4)
	Isolamento	...fechada dentro deles...(A5)
		...isolamento social... (E3)
		Solidão...(M3)
	Medos	...têm receio...(A5)
		...olhar para eles muito medo...(E3)
	Tristeza	...olhar muito triste...(A7)
		...indivíduos tristes...(M5) ...sentem “eu não sou útil e onde me vou encaixar”... (E3)
	Sofrimento	...pessoa sofrida, sofrimento... (E3)
	Descuido	...mal cuidados... (E5)
	Carência	... são carentes... (M5)
	Impotência	...Impotência...(M6)
Pessoa com tempo de vida		...uma pessoa que ainda vive... (A5)
Reforma	Descanso	...idade da reforma... (A5)
Problemas associados	Saúde/doença	...medicação....(M1)
		...risco de queda....(M1)
		...gestão de regime terapêutico.(M3)
		...problemas de saúde... (A1)
		...Doenças neoplásicas... (E7)
	Hábitos	...antecedentes, doenças crónicas... (M1)
		...prática de exercício físico....(M1)
		...hábitos tabágicos...(M1)
		...hábitos... alcoólicos... (M1)
		...dificuldades de mobilidade...(M2)
	Condições de saúde mental	...orientação...(M2)
		Estado memória...(M2)

	Lazer/social	<i>...ocupação de tempos livres...(M3)</i>
		<i>...muita gente que não sabe ler... (M5)</i>
		<i>...parte emocional alterada... (M4)</i>
Apoios	Material	<i>...precisam de cadeiras de rodas, algalias....(M4)</i>

De entre as categorias explícitas no quadro anterior, é possível verificar que em todas as classes profissionais refeririam pensamentos negativos e positivos em relação aos mais de 65 anos.

O ciclo de vida é um processo de desenvolvimento ao longo do qual o indivíduo vai somando experiências, e onde nenhuma etapa é mais importante do que outra (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2011). No entanto a fase desenvolvimental mais tardia, a velhice, tem sido esquecida em prol de outras fases desenvolvimentais, perspectivadas como mais importantes (Fonseca, 2006). Assim sendo, é importante valorizar a *experiência de vida* do idoso, onde emergiram discursos relativos à *sabedoria* (A1, E3, M6) e *...pessoas cheias de experiencias...* (A6). Posto isto o idoso é também muitas vezes visto como *pessoa ativa*, devido à sua *produtividade* (A5), como *trabalho* (A1), *esforço* (A1) e *atividade*, uma vez que são vistos como *autónomos* (A6), *independentes* (E1), *muito ativas* (E4), *ativos* (M8) e que dão *apoio aos mais jovens* (E6).

A sociedade contemporânea, tida como sociedade de consumo, rege-se por valores materiais o que implica ter como principal objetivo a rentabilização da produção em que se privilegiam apenas os indivíduos ativos. Em consequência, tudo isto exerce efeitos negativos sobre os cidadãos, criando situações *stressantes*, geradoras de doenças e que de algum modo poderão diminuir a capacidade produtiva da pessoa mais fragilizada (Martins, 2006). Outro conceito que surgiu foi o *estado de saúde*, tais como a *fragilidade*, sendo referidos como *frágeis*, *em situações limites*, e *em situações que precisavam de apoio* (A4), *com fragilidade...* (M6), *debilitados* (E5, E8) e *com vulnerabilidade* (M6), assim como a *perceção negativa* face aos idosos, sendo vistos como um *estorvo...* (A6) e *em esmorecimento* (M6).

Na velhice, muitas perdas corporais podem escancarar-se sem nenhuma promessa de aquisição; pequenas e continuadas mudanças podem-se inscrever a partir da meia-idade, de modo que os cabelos brancos, as rugas, a elasticidade da pele e, pouco a pouco, outras alterações indicam ao sujeito que seu corpo não é mais o mesmo. Embora essas mudanças não reflitam em doenças, estas podem ser interpretadas como uma tentativa de negação do real da imagem (Mucida, 2006). Nos próprios idosos é visível *comportamentos negativos* associados a todas estas mudanças, tais como a *resistência à mudança*, *não estão recetivos...* (A4), *os conflitos*, *arranjarem confusões* (A4), o *isolamento*, *fechados dentro deles* (A5), *os medos*, *...olhar para eles com muito medo...* (E3), a *tristeza*, *sentem “eu não sou útil e onde me vou encaixar”* (E3), o *sofrimento*, *pessoa sofredora* (E3), o *descuido*, *mal cuidados* (E5), a *carência* (M5) e a *impotência* (M6).

Na velhice muitas vezes enquadra-se num discurso que se associa a diferentes fatores constitucionais, herdados e adquiridos durante o envelhecimento, sendo definida sob o âmbito das perdas, das reduções de memória, do juízo crítico, com diminuição da capacidade intelectual e do raciocínio lógico, afetando, assim, a vida social e afetiva do idoso, uma vez que se valoriza o corpo como organismo, marcado pelo determinismo biológico (Mucida, 2006).



Segundo Debert (2011), encara-se a idade como um dado da natureza e um fator explicativo dos comportamentos humanos, além de se conceber o curso da vida como uma sequência unilinear de etapas evolutivas. Foi notório que os entrevistados referiram *problemas associados* a esta faixa etária, tais como *de saúde doença, de medicação (M1), de risco de queda (M1), de gestão de regime terapêutico (M3), problemas de saúde (A1), doenças neoplásicas (E7) antecedentes, doenças crónicas... (M1), hábitos, prática de exercício físico (M1), hábitos tabágicos (M1), hábitos alcoólicos (M1) e dificuldades de mobilidade (M2), condições de saúde mental, orientação (M2) e estado memória (M2) e lazer/social, ocupação de tempos livres (M3), muita gente que não sabe ler (M5) e parte emocional alterada (M4). “Existe uma idade normal, um corpo normal, um comportamento normal”, reforça Elias (2001, p.34). “E o que foge desse normal é considerado um desvio social” (Elias, 2001, p.34).*

É facto que o passar dos anos vai desenhando, na dimensão biológica das pessoas, mudanças que convergem para novas formas e funções corporais, tidas como características comuns na velhice; esse processo, porém, não acontece da mesma maneira, ritmo e intensidade em todos os indivíduos com mais de sessenta anos, imprimindo nas experiências destes, percepções e respostas diferentes no que se relaciona com as mudanças que vão ocorrendo ao longo dos anos, sendo de referir o conceito de *pessoa com tempo de vida* enunciado pelo Assistente social que referiu que o idoso é *...uma pessoa que ainda vive... (A5).*

O idoso sem autonomia é rapidamente excluído do trabalho, das funções de aquisição de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos. Sendo assim, não será difícil de prever que, nestas circunstâncias, ele tenda ao isolamento e ao isolar-se assumindo cada vez mais uma situação de dependência (Martins, 2006). Foram também referido os *apoios de material, precisam de cadeiras de rodas, algalias... (M4)* e enunciada a *reforma* como *idade da reforma (A5)* associada ao descanso nesta idade, sendo de relevância a sua preparação para evitar as circunstâncias referidas anteriormente. Relativamente ao significado de reforma, tem-se definido que para algumas pessoas, esta fase da vida é essencialmente tempo de lazer, uma fase dedicada aos outros, ou uma oportunidade para realizar um trabalho por conta própria, ou para se dedicar voluntariamente ao serviço da comunidade (Simões, 2006). Há ainda os que veem a reforma como o tempo para tomarem conta dos membros mais novos da família, como, os netos, o cônjuge ou os pais. De um modo geral, a reforma vai sendo cada vez mais

considerada como um estadio de vida ativa, entre o fim do emprego e o início das incapacidades próprias da velhice (Atchley, 1996 como cit. por Simões, 2006). Considerando a reforma como um processo, Fonseca (2011) define a passagem à reforma como o período de tempo que envolve o processo de adaptação à mudança. Lachman (2001) enfatiza o processo de transição associado à reforma como envolvendo perdas e ganhos que desencadeiam percepções positivas e negativas, podendo ou não ser acompanhada de algum stress, dependendo da causa ou motivação que esteve na tomada de decisão.

Figura 4 - A pessoa idosa na perspetiva dos profissionais

A Pessoa idosa na prespetiva dos profissionais		
		
Assistentes Sociais	Experiencia de vida Pessoa ativa Percepção Relacional - Positivo Pessoa com tempo de vida Reforma	Estado de saúde Comportamentos negativos Percepção Relacional - Negativo
Enfermeiros	Experiencia de vida Pessoa ativa	Estado de saúde Comportamentos negativos
Médicos	Experiencia de vida Pessoa ativa Percepção Relacional - Positivo Apoios	Estado de saúde Problemas associados Percepção Relacional - Negativo

Nesse contexto e de acordo com o resumo apresentado na Figura 4, podemos nos questionar se envelhecer seria uma experiência positiva ou negativa? Na verdade, um processo com expressão na temporalidade da pessoa, aderindo à sua história de vida, de maneira que envelhecemos como vivemos, nem melhor, nem pior. Trata-se de um equilíbrio entre a aquisição, espeto positivo, e as perdas, consideradas muitas vezes de carácter negativo, embora a perda nem sempre represente um término; muitas vezes engendra uma aquisição (Marrano, & Simões, 2006).

Isso leva-nos a reconhecer e defender que a velhice é fortemente atravessada pela heterogeneidade. Lima, Arcieri, Garbin e Moimaz (2010) afirmaram acerca de uma ideia que carregamos como dorsal na nossa prática, a existência de velhices. As velhices das capas de revista, dos *media*, da imagem construída pelo mercado capitalista, o que não nos autoriza a descartar algumas realidades marcadas pelo medo, depressão, falta de

assistência, falta de lazer, abandono, desinformação e preconceitos. Nesse sentido, o cuidado ao idoso precisa considerar essa diversidade de formas de envelhecer.

Os discursos dos profissionais sobre os conceitos associados aos idosos recaem nos comportamentos negativos e problemas associados a esta faixa etária.

Exploramos ainda a valorização dos profissionais quanto aos interesses do idoso, gostos por atividades e fatores de desmotivação dos idosos, tal como se segue no Quadro 3.

Quadro 3 - Interesses e Gostos dos idosos na perspetiva dos Enfermeiros e Médicos

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Interesses do Idoso	Família	... ir buscar o neto... (E2)
	Casa	...casa... (E2) ...casas delas...(M8)
	Café	...Café... (E3)
Gostos por atividades	Atividade física	...caminhar...(E4)
		...piscina... (E4)
		...piscina... (M4)
		...hidroginástica...(E7)
	Ocupações sociais	... ginástica... (E8)
		... visitar ali os idosos... (E8)
		... os lares de dia...(M3)
Desmotivação para atividades	Motivação	...passar... (M7)
		...não têm interesses... (E5)
	Condição económica	... não têm esse conhecimento... (M6)
		...pobres... (M6)

As classes de profissionais que referiram valorizar estes fatores foram os Enfermeiros e Médicos. Relativamente aos interesses, estes evidenciam a *família* (E2), sendo a família uma célula fundamental, enquanto lugar privilegiado de trocas intergeracionais. É aí que as gerações se encontram, se interajudam e se completam de forma intensa. No entanto, nas sociedades onde a expectativa de vida está a ser ampliada, as relações familiares apresentam novos desafios e de acordo com Nelson e Nelson (cit. por Freitas et al., 2002, p.72) há questões éticas que devem ser consideradas, tais como “os membros da família não são substituíveis por similares ou pessoas melhor qualificadas, os membros da família são vinculados uns aos outros, a necessidade de intimidade produz responsabilidade e as famílias são histórias em andamento...”

O decurso e desenvolvimento da Sociedade Humana tem mostrado como família é capaz de resolver ou ajudar a resolver problemas biopsicossociais, individuais ou coletivos, apesar de poder ser também geradora de conflitos e doenças. Neste sentido a família tem

de ser uma estrutura cujo desenvolvimento se obtém através dos esforços dos seus membros na realização de várias tarefas nomeadamente: adaptação, proteção, participação, crescimento e suporte na afetividade (Nina e Paiva, 2001).

É inegável o importante papel que é atribuído às redes familiares, mas embora os familiares sejam a maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos, os amigos têm também um forte efeito no seu bem-estar subjetivo. Assim os amigos são uma parte importante das redes de apoio social, implicando múltiplos aspetos que vão desde a partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização ou até mesmo o apoio a nível material. Foi referido pelos entrevistados *o café* (E3), onde se encontram muitas vezes esta rede de amizades.

A importância dos grupos de amigos, familiares, vizinhos e colegas de trabalho tem sido bem evidenciada nestes últimos vinte e cinco anos. Além disso, há mesmo quem defenda que as redes de amigos têm-se revelado um importante elemento de prevenção em múltiplas doenças, sobretudo nas mentais. As deficiências dos laços estabelecidos nos grupos primários estão associadas a um acréscimo de vulnerabilidade às doenças, quer físicas quer psíquicas (Martins, 2012).

Não há dúvida que nos estudos das condições sociais das pessoas idosas, o espaço residencial torna-se num objeto prioritário. Corrobora esta opinião Melo (1998) ao afirmar que o ambiente residencial ocupa um lugar importantíssimo na vida da pessoa idosa. As pessoas estão ligadas às suas casas por laços afetivos podendo atribuir-lhes um valor simbólico por associação a memórias do passado (Martins, 2012).

No que diz respeito aos gostos, como em todas as faixas etárias, cada pessoa é única dando preferência a coisas diferentes, assim sendo e como no concelho é frequente as *atividades físicas*, como a *natação* (E4, M4) que foi a mais evidenciada, *segundo-se as caminhadas* (E4), mas também a *hidroginástica* (E7) e *ginástica* (E8) e as ocupações sociais, *visitas a idosos* (E8), *centros de dia* (M3) e *passeios* (M7). Em consequência e ainda nesta temática abordou-se os fatores de *desmotivação para atividades*, tais como a *o facto de ...não terem interesses...* (E5) e *... não terem esse conhecimento...* (M6) e a *condição económica*, referindo como sendo *...pobres...* (M6).

2- A Equipa Multidisciplinar

As equipas multidisciplinares definem-se como um conjunto de profissionais com formações e/ou atribuições distintas, que visualizam o problema/objeto de estudo ou intervenção sob ângulos diferentes, explorando-o e enriquecendo-o (Santos et al., 2007). Incluem diferentes profissionais que trabalham juntos, mantendo as suas atuações específicas, com troca de informações dentro de áreas de interseção (Nogueira, 2004), articulando-se tendo como base a consciência social e política que emerge no confronto com as práticas (Costa, 2007), o que favorecerá uma assistência ao idoso sustentável e com qualidade.

Verificarmos que havia partilha de informação entre os vários profissionais, contudo foi necessário aprofundar os significados dados por cada um dos participantes ao conceito do trabalho em equipa e como é que este trabalho emergia na prática, o que nos levou a identificar as categorias: *composição da equipa multidisciplinar*, *dados partilhados com equipa multidisciplinar*, *periodicidade de contacto entre equipas* e *articulação com entidades*. Os Enfermeiros identificaram a *comunicação com a equipa*.

No que se refere à categoria composição da equipa multidisciplinar identificamos várias subcategorias no seguinte Quadro 4.

Quadro 4 - Equipa multidisciplinar

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Composição da Equipa multidisciplinar	Enfermeiro	... trabalhamos ... em rede, ... enfermeira X... (A1) ...equipa de enfermagem... (E3) ...Enfermeiro... (M1)
	Médico	...Médico... (A1) ... médica... (E1) ...médicas... (M1)
	Assistente socialAssistentes sociais... (A2) ... Assistente social...(E1) ...Assistente social... (M3)
	Educadora social	...educadora social... (A2)
	Psicóloga	...psicóloga...(A2) ...psicólogo que é para todo o ACES... (E3)
	Socióloga	... socióloga... (A2)
	Nutricionista	... nutricionista que é para todo o ACES... (E3)
	Administrativo	...secretária de família... (M1)

No que se refere à composição da equipa multidisciplinar foi referido pelas três classes de profissionais como elementos integrantes da equipa multidisciplinar, o Enfermeiro, o Médico e o Assistente social. Contudo as referencias aos vários profissionais não é unânime pois as Assistentes sociais referem *...socióloga...* (A2) e ainda *...educadora social...* (A2). Por outro lado as enfermeiras valorizam *...nutricionistas que é para todo o ACES...* (E3) e por sua vez os Médicos acrescentaram *...secretária de família...* (M1).

No exercício do trabalho, os profissionais destas equipas têm como ponto fulcral de intervenção - o ser humano, cujo processo de vida envolve diversas dimensões complementares (biológica, psicológica, social, cultural, ética e política) (Matos, Pires e Campos, 2009). A abordagem integral dos doentes/família é, desta forma, facilitada pelos olhares dos distintos profissionais que compõem as equipas multiprofissionais que atuam na dinâmica do trabalho em saúde, tais como Médicos, Enfermeiros, psicólogos e Assistentes sociais (Paula, 2009).

O discurso dos profissionais sobre a composição da equipa multidisciplinar tem maior representatividade nos Médicos, Assistentes sociais e Enfermeiros. Emergiu dos discursos uma maior representação dos Médicos citados pelos Enfermeiros e vice versa, enquanto que os Assistentes sociais foram mais citados pelos Médicos, mas também pelos Enfermeiros.

Mergulhando nos discursos sobre os dados que valorizavam para partilhar em equipa, identificamos seis categorias que passamos a apresentar no seguinte Quadro 5.

Quadro 5 - Dados partilhados em equipa multidisciplinar

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Autocuidado	Alimentação	...regime alimentar...(E3)
	Higiene	... na higiene... (E1)
	Mobilidade	... mobilidade... (A1) ...mobilizar as pessoas, levante ou não... (M5)
Condições de saúde	Antecedentes Pessoais	...patologias... (A7) ...como eles secalhar estão a reagir a patologias... (E5)
	Terapêutica	...no que toca à medicação... (A1) ...Revisão da terapêutica... (E1) ...medicações. (M5)
	Cronicidade/ Agudização	...problemas de saúde dos crónicos, é uma doente hipertensa, diabética ou então de problemas agudas, teve internada por uma infeção respiratória... (E2) ...evolução, o seu controlo de doenças... diabetes, de HTA, ...desorientado... (M1)
	Temas clínicos com informação nova	...programas novos de vacinação, apoio a idosos nos domicílios... temas clínicos...formação em áreas muito específicas.... Pode ser úlceras varicosas... feridas...partilhar aquelas coisas novas, novas técnicas, novos produtos... (M8)
Condições Sociais	Suporte económico	...avaliação económica. (A8) ...carência económica... (E8)
	Respostas sociais	...apoio domiciliário... (A3) família de acolhimento ... lar.... centros de dia ... clube sénior. (A5) ...apoio social, na higiene... (E1) ...serviços sociais ... (M7)
	Vínculos afetivos	... vínculos afetivos entre o idoso...(A5)
Condições Familiares	Suporte familiar	...união familiar ...e de outros familiares... (A5) ...apoio familiar... (E2) ... a família e o apoio que têm... (M6)
	Prestador de cuidados	...prestadores de cuidados... (E1)
	Habitação	...condições de casa, luz, habitabilidade má.... (E2)
Desenvolvimento do trabalho em equipa	Ajudas	...prescrição de fichas de ajudas técnicas... (A3)
	Informação novo utente	... de um utente novo... (E2) ...problema de novo... (M1)
Condições de riscos	Razões para sinalização	...questões de maus tratos... (A8) ...abandono, um um doente que esteja com maus cuidados... (E4)
	Dependência	... se pode em casa ser autónomo... (A3) ...dependentes... (E2) ...doentes dependentes... (M5)

Garcia (2007) defende que uma equipa, verdadeiramente multidisciplinar, auto-constrói-se progressivamente, e cresce como um conjunto harmonioso e verdadeiramente interessado não só na recuperação do doente, mas também no crescimento, em todos os sentidos, dos colegas que *juntos* constituem esse grupo de trabalho e na particularidade dos discursos verificamos a referencia a partilha de condições para o desenvolvimento do trabalho em equipa, tais como *ajudas, prescrição de fichas de ajudas técnicas...* (A3) e ainda as *informações de novo utente (E2), problema de novo (M1)*.

Neste contexto, é imperativo que se atue profissionalmente segundo uma visão integral das informações e acontecimentos, adotando a totalidade do conhecimento, o diálogo, o intercâmbio de informações e a comunicação aberta; como forma de criar novos conhecimentos e possibilidades a favor dos objetivos comuns traçados no quotidiano de trabalho (Gueudeville, 2007), a partilha dos profissionais Médicos, Enfermeiros e Assistentes sociais sobre os autocuidados evidencia este intercâmbio, tais como a *alimentação, regime alimentar (E3), a higiene (E1), a mobilidade (A1, M5)*.

Os acidentes domésticos e de viação, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inaptações do meio habitacional, são fatores que, ocorrendo frequentemente na população idosa, condicionam a sua saúde, a sua autonomia e independência e a sua qualidade de vida, obrigando a uma avaliação e atuação multidisciplinares, aos níveis local, regional e nacional, integrada e de trabalho em equipa (DGS, 2004).

Dos discursos referentes aos dados partilhados pelos profissionais emergiram as *condições de risco*, tais como a *dependência (A3, E2, M5)* e as *razões para a sinalização, por questões de maus tratos (A8), abandono, um doente que esteja com maus cuidados (E4)*, assim como as *condições sociais, o suporte económico, avaliação económica (A8), carência económica (E8), as respostas sociais, apoio domiciliário (A3), família de acolhimento, lar, centros de dia e clube sénior (A5), apoio social, na higiene (E1), serviços sociais (M7)* e o vínculo afetivo, *vínculos afetivos entre o idoso (A5)*. As *condições familiares*, como o *suporte familiar, união familiar e de outros familiares (A5), apoio familiar (E2), a família e o apoio que têm (M6), o prestador de cuidados (E1)*, e a habitação, *condições de casa, luz, habitabilidade má (E2)* foram também referidos.

A patologia crónica múltipla e a polimedicação são fatores que, ocorrendo frequentemente na população idosa, condicionam a sua saúde, a sua autonomia e independência e a sua qualidade de vida, obrigando a uma avaliação e atuação multidisciplinares, aos níveis local, regional e nacional, integrada e de trabalho em equipa (DGS, 2004), sendo que a partilha destes fatores entre os profissionais proporciona uma melhor intervenção face aos problemas, tais como a partilha referente às *condições de*

saúde, aos antecedentes pessoais, patologias... (A7) e como eles se calhar estão a reagir a patologias (E5), a terapêutica, no que toca à medicação (A1), revisão da terapêutica (E1) e medicações (M5), é de salientar também a cronicidade/agudização, como problemas de saúde dos crónicos, é uma doente hipertensa, diabética ou então de problemas agudas, teve internada por uma infeção respiratória (E2), evolução, o seu controlo de doenças... diabetes, de HTA, ...desorientado... (M1) e ainda programas novos de vacinação, apoio a idosos nos domicílios... temas clínicos... formação em áreas muito específicas.... pode ser úlceras varicosas... feridas... partilhar aquelas coisas novas, novas técnicas, novos produtos... (M8), sendo então valorizável a partilha de temas clínicos com informação nova.

Da análise dos discursos dos profissionais sobre os dados partilhados pela equipa multidisciplinar tem maior representação as respostas sociais, o suporte familiar e as terapêuticas, sendo que a maior representação relativamente às respostas sociais, foi notória nos discursos dos Enfermeiros e Assistentes sociais, enquanto que no que diz respeito ao suporte familiar, é perceptível a valorização pelos Enfermeiros, já no que se refere à terapêutica tanto os Enfermeiros como os Médicos citam como sendo relevante na partilha com a equipa.

Os membros de um grupo multiprofissional devem trabalhar de acordo com os limites e especificidades da sua formação, e respeitada esta especificidade, necessitam de conhecer a ação individual de cada um dos outros membros. Além disso, cada local de trabalho deve adequar-se à sua realidade. Deve ficar claro que não há necessidade de todo esse grupo para a formação da equipa (Abuhab et al., 2005).

As atividades periódicas com a participação de todo o grupo para análise crítica das ações desenvolvidas, acerto de arestas e novas orientações são necessárias. Deve-se ter em mente que trabalhar em equipa é mais do que agregar profissionais de diferentes áreas; só existe equipa quando todos conhecem os objetivos, estão cientes da necessidade de alcançá-los e desenvolvem uma visão crítica a respeito do desempenho de cada um e do grupo, devendo haver reuniões periódicas (Abuhab et al., 2005).

Quanto à periodicidade de contacto entre equipas, os Assistentes sociais referiram reunir *semanalmente, ...temos reuniões semanais, a nível de equipa técnica... (A4) e mensalmente, ...temos depois outras reuniões mensais e mesmo com os colaboradores fazemos reuniões com alguma periodicidade... (A4)*, um Enfermeiro referiu também reunir *diariamente, ...todos os dias... (E2), outro semanalmente ...uma vez por semana com a médica e uma vez por semana com a Assistente social... (E1)* e ainda outro mensalmente *... uma por mês... (E7)* e um Médico referiu *reuniões de 15 em 15 dias, ...nós fazemos todos meses temos, de 15 em 15 dias temos reuniões inter-grupo, enfermagem, Médicos e secretariado clínico. (M8).*

Quadro 6 - Reunião em Equipa

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Reuniões em equipa multidisciplinar	Reuniões semanais	<i>...temos reuniões semanais, a nível de equipa técnica... (A4)</i> <i>...uma vez por semana com a médica e uma vez por semana com a Assistente social... (E1)</i>
	Reuniões mensais	<i>...temos depois outras reuniões mensais e mesmo com os colaboradores fazemos reuniões com alguma periodicidade... (A4)</i> <i>... uma por mês...(E7)</i>
	Diárias	<i>...todos os dias... (E2)</i>
	15/15dias	<i>Nós fazemos todos meses temos, de 15 em 15 dias temos reuniões inter-grupo, enfermagem, Médicos e secretariado clínico. (M8)</i>

Observando o quadro 6 é perceptível referir que nas diversas classes e dentro da mesma classe de profissionais não houve concordância na periodicidade de reuniões.

Os Enfermeiros especificaram os meios de comunicação entre equipa referindo as *reuniões, visitas domiciliárias, via telefónica, informalmente e através da observação do sistema de informação SClínico.*

Os Assistentes sociais valorizam a articulação com outras entidades, ou seja o trabalho em rede como se apresenta no seguinte Quadro 7.

Quadro 7 - Trabalho em rede

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Articulação com outras entidades	Associações locais	<i>...associações locais... (A2)</i>
	Conferências	<i>...conferências... (A2)</i>
	Juntas de freguesia	<i>...com as próprias juntas... (A2)</i>
	Serviço de saúde	<i>...serviço de saúde... (A2)</i>
	Presidentes de junta	<i>...presidentes de junta... (A2)</i>
	Agrupamento de escolas	<i>...agrupamento de escola... (A2)</i>
	Câmara	<i>...câmara. (A2)</i>
	IPSS's	<i>... IPSS's...(A3)</i>
	Conferência vicentina	<i>... conferência vicentina... (A5)</i>
	Outros municípios	<i>...outro município... (A6)</i>
	Instituições particulares	<i>...próprias instituições que prestam algum serviço ao idoso que sinaliza... (A6)</i>

Após a análise do Quadro 7 é perceptível verificar que os Assistentes sociais consideram importante a articulação com outras entidades, tais como associações locais, câmara, junta, municípios, serviços de saúde, conferências, escolas e instituições

particulares. De acordo com a DGS (2015) e de acordo com a checklist de intervenções de saúde a nível regional e local, as unidades de saúde que integram o ACES são responsáveis por garantir a articulação com outras entidades.

No trabalho em rede, a articulação é iniciada a partir da tomada de consciência de interesses e/ou valores entre os participantes de um grupo, comunidade e organização. Entre as motivações mais significativas para o desenvolvimento de redes estão os assuntos que relacionam os níveis de organização social-global, nacional, regional, estadual, local, comunitário. Independente das questões que se tenta resolver, muitas vezes a participação em redes sociais envolve direitos, responsabilidades e vários níveis de tomada de decisão. De forma diferente das instituições, as redes não supõem necessariamente um centro hierárquico e uma organização vertical, sendo definidas pela multiplicidade quantitativa e qualitativa dos elos entre os seus diferentes membros, orientada por uma lógica associativa. A sua estrutura extensa e horizontal não exclui a existência de relações de poder e de dependência nas associações internas e nas relações com as unidades externas (Bonfim, 2007).

3- Processo de Assistência

A adequada assistência aos idosos baseia-se na capacidade técnica de avaliação correta da problemática instalada e de intervenções precoces e eficientes e também na premissa de que o idoso é, em princípio, competente para se cuidar e, portanto, autónomo nas suas decisões, seja ou não independente para realizá-las (Duarte, 2001).

Não é incomum que idosos, temporária ou definitivamente dependentes fisicamente, tenham a sua autonomia retirada pelos familiares e pelos profissionais que associam a perda física necessariamente à perda cognitiva e à capacidade decisória, o que em muitas ocasiões, não é verdade. A compreensão destas diferenças é fundamental para a execução de uma assistência de qualidade, onde deve predominar o *assistir a* e não o *fazer por* (Duarte, 2001).

3.1 A Avaliação Inicial

Procurando perceber se os profissionais de saúde e sociais fazem uma avaliação inicial diferenciada para esta população, colocamos a seguinte questão: *Como realizam a avaliação inicial do cliente com mais de 65 anos? Aplicam alguma escala, questionário, formulário e/ou entrevista com especificidades para estas idades?*

Pela análise, pode-se concluir que todas as classes de profissionais, incluindo Assistentes sociais, Enfermeiros e Médicos fazem a avaliação inicial do idoso tendo por base dados específicos e instrumentos validados, sendo que os Enfermeiros valorizam também os sistemas de informação.

Discutindo a importância de uma avaliação inicial multiprofissional e refletindo um pouco sobre as categorias e subcategorias identificadas no seguinte Quadro 8, é possível afirmar que o processo normal de envelhecimento determina em todo o indivíduo, embora com intensidade variável, um déficit físico, mental e funcional e a sua intensidade condiciona o grau de dependência que vai afetar o idoso nas diversas áreas da sua vida individual e social e necessita de uma avaliação completa e personalizada para conhecer com mais precisão o estado do idoso e os seus problemas, possibilitando uma resposta mais completa e adequada dos profissionais e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida para o idoso. (Rubenstein, 1995; OMS, 2003; Carvalho, Peixoto, & Capella, 2007; Tanja, et al. 2015).

Quadro 8 - Dados da avaliação Inicial

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Dados da avaliação	Dados pessoais	...documentos de identificação... (A1) A idade, se vive sozinho, nomeadamente a escolaridade, que tipo de profissão exerceu, reformado por invalidez ou velhice, o que deu origem à reforma, se é um indivíduo isolado, se tem colaterais, e se colaterais...(A7) ... a idade, a profissão, por norma são reformados...(E3) ...problema cardiovascular... (M1)
	Família	...abrir um processo familiar...(A1) ...contacto de um familiar ... (E3) ...se tem familiares... (M6)
	Socioeconómica	...despesas...(A1)
	Socioeducativa	... dos passatempos, da ocupação... (A3)
	Suporte social	...com quem vivem, quem vive com eles, quem dá apoio... (E3) ...se tem apoio de vizinhos, se tem de amigos ou parentes ... aspeto social em

		<i>que está inserido... (M7)</i>
	Independência/dependência	<i>...não conseguem fazer as atividades diárias sozinhas... (E3)</i> <i>Se doente está autónomo... (M3)</i>
	Habitação	<i>...habitacional ...se têm água se não têm, se têm aquecimento... (E4)</i>
	Cuidador informal	<i>...o cuidador informal. (E8)</i>
Escala	Avaliação da atividade	<i>... escala de Barthel ... (A4)</i> <i>...escala de Barthel... (E7)</i> <i>...o barthel. (M3)</i>
		<i>...escala de Northon... (E3)</i>
		<i>... Braden... (E7)</i>
	Capacidade mental	<i>... o mini mental... (A5)</i> <i>...o mini mental ... (M3)</i>

Num estudo transversal em idosos em atendimento ambulatorio, Min e colaboradores (2014) demonstram que utentes com maior número de comorbilidades relacionadas com o envelhecimento estão associados, muitas vezes, a cuidados de saúde de menor qualidade do que utentes com comorbilidades não geriátricas. Neste sentido, os mesmos autores defendem que é fundamental a realização de uma avaliação geriátrica adaptada e rigorosamente programada para uma intervenção mais abrangente e efetiva.

Tem vindo a ser cada vez mais debatida e defendida pelos especialistas a realização de uma avaliação multidimensional dos idosos, cujas características individuais e particularidades biopsicossociais são essenciais no correto diagnóstico da sua condição geral, permitindo assim definir corretamente o plano de intervenção junto do utente, seja de reabilitação, prevenção ou educação (Ellis & Langhorne, 2004; Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005; Botelho, 2005; Veríssimo, 2006; Elsayy & Higgins, 2011; Tanja, et al. 2015). A avaliação baseada no modelo biopsicossocial é bastante aceite pela literatura, com evidências comprovadas nos benefícios na intervenção geriátrica em diversas especialidades, estando já definidos os principais domínios que deverão ser considerados e dos quais se podem retirar informações relevantes para o conhecimento completo do idoso, principalmente nos planos em que é deficitário, estabelecendo e coordenando planos de intervenção que respondam às suas necessidades, problemas e incapacidades (Epstein, et al. 1990; Tanja, et al. 2015).

A avaliação multidimensional do idoso, mais do que um instrumento de diagnóstico de patologias é um processo de averiguação de estados e de adequação das respostas reais às necessidades do idoso. Os objetivos desta avaliação, na opinião de Veríssimo (2006) enquadram-se no aumento da precisão do diagnóstico; na diminuição do risco iatrogénico e na adequação do prognóstico, bem como, a facilitação das condutas preventivas; orientação dos tipos de intervenção; seleção das medidas assistenciais; e por último, a melhoria da qualidade de vida.

Pela avaliação da literatura encontrada acerca da avaliação holística dos idosos, percebe-se que existem domínios que são consensuais em todos os estudos: autonomia física (nas AVD's), autonomia instrumental (nas AIVD's), a história e risco de quedas, estado cognitivo, nutrição, estado emocional e condição sociofamiliar. No entanto, existem outros domínios que são também considerados importantes por alguns autores, como a morbilidade, as deficiências sensoriais, a autopercepção de saúde e os hábitos de sono e atividade física (Matsudo et al. 2001; DeSalvo, et al. 2006; Multani & Verma, 2007; Vintém, 2008; Jurges, et al. 2008; Elsayy & Higgins, 2011; Tanja, et al. 2015). Verifica-se assim que não existem ainda estudos que demonstrem uma conclusão definitiva e validada em relação a este aspeto, revelando com clareza as áreas ou domínios biopsicossociais que devem constar numa avaliação multidimensional da pessoa idosa. Ainda assim, a evidência encontrada e analisada certifica a necessidade de incluir todos os aspetos biopsicossociais associados ao indivíduo na sua avaliação de saúde.

Relativamente às entrevistas realizadas foram notórias as subcategorias *dados pessoais*, onde foram referidos *...documentos de identificação... (A1); a idade, se vive sozinho, nomeadamente a escolaridade, que tipo de profissão exerceu, reformado por invalidez ou velhice, o que deu origem à reforma, se é um individuo isolado, se tem colaterais... (A7); ... a idade, a profissão, por norma são reformados... (E3); ...problema cardiovascular... (M1); a família, ...abrir um processo familiar... (A1), ...contacto de um familiar ... (E3), ...se tem familiares... (M6); a parte socioeconómica, ...despesas... (A1); socioeducativa, ... dos passatempos, da ocupação... (A3), o suporte social, ...com quem vivem, quem vive com eles, quem dá apoio... (E3), ...se tem apoio de vizinhos, se tem de amigos ou parentes ... aspeto social em que está inserido... (M7); a independência/dependência, ...não conseguem fazer as atividades diárias sozinhas... (E3), se doente está autónomo... (M3); habitação, ...habitacional ...se têm água se não têm, se têm aquecimento... (E4) e o cuidador informal (E8).*

Assim sendo dos aspetos retratados como pertinentes na literatura que não foram evidenciados nas entrevistas são a avaliação cognitiva e emocional, o risco de quedas, assim como avaliação do sono e da autopercepção de saúde. A nível de avaliação neurológica nesta faixa etária e tal como evidenciado na literatura, não só a parte motora deve ser avaliada, mas também a parte sensitiva.

Segundo Núcleo de Estudos de Geriatria (GERMI) (2010), a avaliação geriátrica deve englobar a avaliação clínica: exame clínico, exames complementares de diagnóstico; a avaliação física: capacidade física, marcha e equilíbrio e estado de nutrição; a avaliação mental: cognitiva e afetiva; a avaliação funcional: autonomia e independência; e a avaliação social: família; habitual; recursos económicos e rede social.

Podemos referir algumas das escalas de avaliação geriátrica sugeridas pelo GERMI (2010), para o estado funcional e com vista a avaliar a autonomia do idoso para realizar

atividades básicas e imprescindíveis à vida diária, designadas por Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): Banho; Vestir; Utilização da Sanita; Transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama; Controlo de esfíncteres e Alimentação é apresentada a Escala de Katz. Outra escala que permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): Utilização do telefone, Realização de compras, Preparação das refeições, Tarefas domésticas, Lavagem da roupa, Utilização de meios de transporte, Manejo da medicação e Responsabilidade de assuntos financeiros é a Escala de Lawton & Brody.

A Classificação Funcional da Marcha de Holden é a escala que determina o grau de autonomia na marcha de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escadas). A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage - versão curta é a escala utilizada para o rastreio da depressão, avaliando aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados na depressão do idoso. O *Mini-Mental State Examination (MMSE)* (referida por A5, M3) de Folstein é o questionário que permite fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas. O Mini-Nutritional Assessment é o questionário que permite detetar a presença ou o risco de malnutrição no idoso, sem recurso a parâmetros analíticos (GERMI, 2010).

A aplicação destas escalas e questionários pode ser feita por Médicos, Nutricionistas/dietistas, Enfermeiros, ou outros profissionais da saúde. Posto isto na organização e dinâmica multiprofissional a repetição de colheita de dados não é benéfica, uma vez que traz perda de tempo e dados duplicados, e para evitar esta situação deverá haver partilha de informação e até um sistema de informação comum para consulta de informação (GERMI, 2010).

Não estando incluído na avaliação segundo o GERMI, mas referenciado pelos profissionais, o *índice de Barthel* (A4, A5, E2, E6, E7, M2- M7) é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Silva, 2014).

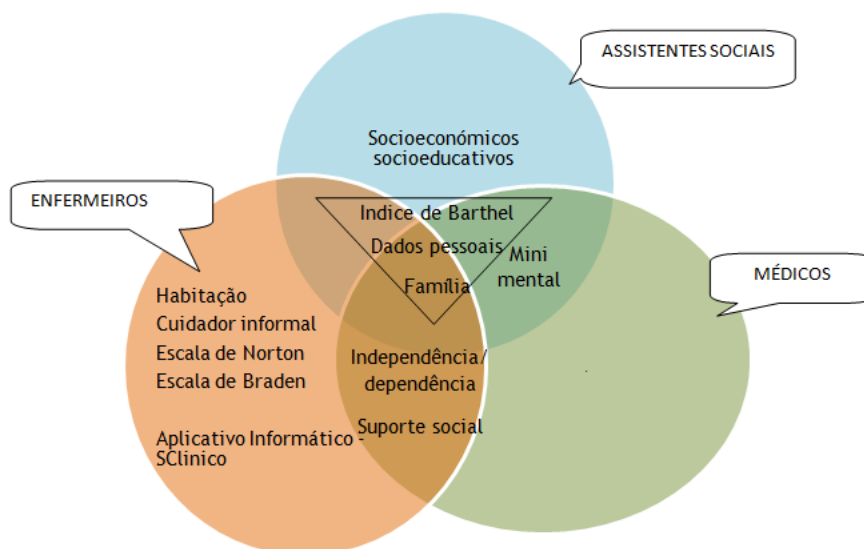
Também referido pelos Enfermeiros (E7), a *Escala de Braden* utilizada essencialmente para identificar o grau do risco de úlcera de pressão visando atitudes profiláticas (Pereira, 2007).

Norton encontrou uma relação linear entre os *scores* dos utentes idosos e a incidência de úlceras de pressão (Pereira, 2007). Observa-se que a *escala de Norton* (referida por E3) não contempla a fricção e o cisalhamento, a idade do paciente e as condições da pele, tais como textura e humidade, citados na literatura como fatores de risco no desenvolvimento

de úlceras de pressão. A escala contém os itens referentes ao estado físico, estado mental, atividade, mobilidade e incontinência.

Os Enfermeiros entrevistados (E3, E4, E6) referem ainda, utilizar o *aplicativo informático SClínico*, que apresenta um conjunto de dados valorizáveis numa avaliação inicial. Talvez a utilização do mesmo aplicativo informático pelos diversos profissionais pudesse facilitar o acesso aos dados anteriormente colhidos e permitisse uma avaliação mais completa e diferenciada por cada classe de profissionais.

Figura 5 - Representação da Avaliação Inicial pelos Profissionais



Como é possível verificar na Figura 5, há dados que são colhidos pelos três grupos de profissionais, tais como o *Índice de Barthel*, *dados pessoais* e referentes à *família*, sendo possível constatar a importância dos mesmos, e a necessidade de haver partilha de dados recolhidos para evitar duplicação de dados. Apenas os Assistentes Sociais referiram os *dados socioeconómicos e socioeducativos*. O *Mini Mental* foi referido pelos Médicos e Assistentes Sociais. Tanto os Médicos como os Enfermeiros enunciaram dados relativos à *independência/dependência e suporte social*. Os Enfermeiros citaram dados referentes à *habitação, cuidador informal e escala de Norton e Braden*, assim como o *aplicativo informático SClínico*.

Dos discursos dos profissionais sobre os *dados específicos* da avaliação inicial tem maior representatividade os *dados pessoais e os referentes à família*, sendo que têm maior incidência no discurso dos Assistentes Sociais.

Do discurso dos profissionais sobre os *instrumentos validados* na avaliação inicial tem maior representatividade no *Índice de Barthel*, sendo a incidência maior no discurso dos Médicos.

3.2 Intervenção dos profissionais

Visto os idosos serem a faixa etária onde há maior probabilidade de existirem declínios físicos e psicológicos, assim como problemas de memória e outras funções físicas, mentais, intelectuais e sociais (Gomes, 2014), é eminente a necessidade de intervenção multiprofissional, sendo importante analisar a sua abrangência no seguinte Quadro 9.

Quadro 9 - Efetividade da intervenção nos mais de 65 anos

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Procura		<i>Não é uma população que recorra ao nosso serviço de atendimento...(A1)</i>
Reencaminhamento	Respostas sociais	<i>...encaminhamento para respostas sociais... (A3)</i>
	Situações de violência	<i>...grelha é preenchida e enviada para o centro regional... consentimento da pessoa... ...ministério público. (A2)</i>
	Cuidados continuados na comunidade	<i>...reencaminhamos para uma equipa que faça diariamente movimentos ativos e passivos... (E3)</i>
Natureza do Atendimento	Lar	<i>integração em lar de idosos....(A1)</i>
	Família de acolhimento	<i>... família de acolhimento .(A1)</i>
	Apoio domiciliário	<i>... apoio domiciliário ...(A2)</i>
	Centro de convívio	<i>... centro de convívio...(A2)</i>
	Centro de dia	<i>...centro de dia ...(A2)</i>
	Contacto	<i>... em primeiro lugar que marcasse consulta médica e entretanto vou articular com o centro de saúde para saber se esta consulta foi marcada... (A5)</i>
	Identificação	<i>...documentos de identificação...(A1)</i>
	Relatório	<i>... fazer relatório social...(A1) ... relatório Médico... (A1)</i>
	Sociofamiliar	<i>...avaliação... sociofamiliar... (A3)</i>
	Socioeconómica	<i>...avaliação socioeconómica... (A3)</i>
	Saúde-doença	<i>...situação de saúde degradou.(A7)</i>
	Verificação de dados	<i>...verificarmos se o pedido pode ser atendível ou não... (A3)</i>
	Abertura de processo	<i>...através do sistema informático, da base de dados... (A7)</i>
	Tratamento	<i>...acompanhamento Médico... (A3)</i>
	Visita domiciliária	<i>...fazer a visita domiciliária... (A3) ...levar para domicílio... (E4)</i>
	Articulação	<i>...fazer reunião com enfermeira ou com o Médico, mas normalmente é sempre com a enfermeira ou com a IPSS... (A3)</i>
	Identificação de fenómenos	<i>...levantamento dos fenómenos... (E3)</i>
	Famílias	<i>... ordem que achamos prioritário para aquela</i>

Natureza da intervenção		<i>utente e família ir dando resposta a um plano de intervenção... (E3)</i>
	Ensinos individuais	<i>...ensinos são diariamente conforme as necessidades... (E3)</i>
	Ensinos grupo	<i>...em grupo a idosos, por exemplo, lares famílias de acolhimento fazemos em grupo, escusamos de estar a fazer ao cuidador individualmente. (E3)</i> <i>... eu a formadora e os nossos internos ... levam ao centro de dia, aos lares para ajudar os cuidadores não é. Conselhos de alimentação, de higiene, de sono... (M6)</i>
	Apoio económico	<i>...dificuldades em comprar medicação. (A1)</i> <i>...apoio económico... (A3) ...complemento de dependência...(A3)</i>
	Estratégias de mudança de comportamento/ motivação	<i>....ir de encontro às expectativas que eles criam e quando há necessidade de fazer algum ajuste comportamental é feito sem que eles tomem consciência de que está a ser feito e eles acabam por mudar comportamentos sem se aperceber que estão a ser motivados para isso...(A4)</i> <i>...até que conseguimos fazer uma adequação na alimentação e no exercício físico ao mesmo tempo, então vai tomar uma água, vai tomar um café, tudo bem um por dia, tudo bem não faz mal, mas não deve levar o carro, vá a pé, em vez de ir ao café de carro... (E3)</i>
	Reabilitação	<i>...vêm com o diagnostico específico e para fazermos reabilitação especificamente por aquela patologia... (E1)</i> <i>... algumas escalas de reabilitação... (E1)</i> <i>... ele tem capacidade para se vestir... ele tem capacidade de meter ele a comida à boca... (E1)</i> <i>...secalhar o cuidador até o veste e ele tem capacidade para se vestir, mete-lhe a comida e ele tem capacidade de meter ele a comida à boca... (E1)</i> <i>...ajudas técnicas, neste momento é o serviço de atribuição de produtos de apoio (SAPA)... (A3)</i>
	Preparação da reforma	<i>A idade da reforma é uma idade complexa, porque os nossos utentes não sei se têm essa formação, mas o nível educacional e de formação é muito baixa e não estão habituados a nada disso ... ser pensadas, mas deviam ser feitas a partir do momento que o utente passa a ter o tempo todo para ele e deixa de decidir o que vai fazer com o tempo... (M6)</i>
Sinalização	Instituições	<i>...Instituições... (A6)</i>
	Familiares	<i>...próprios familiares... (A6)</i>
	Vizinhos	<i>...vizinho... (A7)</i>
Razões para sinalização	Abandono	<i>...o abandono, não só no hospital como nas próprias instituições... (A7)</i> <i>... abandonados no domicílio então ativamos os serviços sociais... (M8)</i>
	Violência	<i>...idosa era um incomodo... (A7)</i> <i>...suspeita de maus tratos, portanto violência doméstica... (A5)</i> <i>... há desentendimentos entre vizinhos.... (A5)</i>

		<i>...negligencia por parte destes familiares... (A5)</i>
	Mudança de saúde de familiar	<i>....por variados problemas ou por saúde...(A7) ...não posso estou grávida.... (A7)</i>
	Falta de retaguarda familiar	<i>...é um casal de idosos que não tem filhos... (M8)</i>
Dificuldades de intervenção	Número elevado de utentes	<i>...nunca fiz nada eu também tenho dois mil utentes... (E8)</i>
	Necessidade de cumprir indicadores	<i>...se não tivéssemos indicadores se calhar estavamos mais disponíveis para a comunidade... (M8)</i>
	Colheita de informação clínica	<i>...idosos vêm sozinhos e muitas vezes nós não conseguimos completar esses dados todos com o utente... (E2)</i>
	Fatores económicos	<i>...os utentes não têm capacidade económica... (M6)</i>
Avaliação continua	Evolução da dependência	<i>...mediante a pessoa que nós temos em frente, imagine que temos um acamado, ou temos com grau de dependência, colocamos escalas... (E5) ...posso utilizar algum tipo de escala, se for uma pessoa dependente... (M1)</i>
	Evolução da demência	<i>...numa demência... posso utilizar algum tipo de escala... (M1)</i>

O “serviço social tem como objetivo da ação a cidadania, e como objetivo intervir na realidade social, melhorando as condições de vida dos indivíduos e grupos, capacitando-os para a mudança social, de modo a aumentar o seu bem-estar social, tendo por base uma ética inscrita nos valores e nos direitos humanos, respeitando as diferenças, exercitando práticas sociais não opressivas e emancipadoras, potenciadoras da participação social” (Carvalho, 2012, p.24). Para Garcia e Jiménez (2003, p.48), “o serviço social gerontológico é uma prática e simultaneamente uma disciplina científica que contribui para o estudo e intervenção sobre o envelhecimento”.

Enquanto profissão e disciplina científica da área das ciências sociais implicada no conhecimento do processo do envelhecimento e da velhice, o serviço social dá importantes contribuições para a intervenção com as pessoas idosas. “Participa na elaboração e implementação de políticas públicas, traduzidas em planos, programas e projetos, que geram mudanças pessoais ou de condições ambientais, com orientação preventiva, assistencial ou promocional...” (Carvalho, 2012, pág48). Segundo um Assistente social, a frequência no atendimento desta população é escassa, *...não é uma população que recorra ao nosso serviço de atendimento... (A1)*, o serviço social gerontológico, segundo Garcia e Jiménez (2003), encarrega-se de conhecer as causas e os efeitos dos problemas sociais, individuais e coletivos das pessoas idosas e de como conseguir que essas pessoas assumam uma ação organizada, tanto preventiva como transformadora, para os superar, sendo relevante a avaliação inicial como referido no subcapítulo anterior.

Para Apelles (2011) são várias as estruturas com missões que visam o apoio da pessoa idosa sob vários formatos, com o objetivo de promover a sua autonomia, favorecendo a sua permanência no seu domicílio e no seu meio sociocultural. Para Pimentel (2001) dada a cronicidade das doenças e a necessidade de cuidados de longa duração, torna-se indispensável a existência de uma rede social de apoio. Dessas estruturas, em Portugal existem: lares, Centros de dia, Centros de noite e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), entre outros. Dos dados colhidos nas entrevistas foi possível identificar a categoria *reencaminhamento para respostas sociais* (A3), sendo especificado na categoria *natureza do atendimento* que engloba as respostas sociais, a *integração em lar de idosos...* (A1), *...família de acolhimento...* (A1, A3, A5, A6), *...apoio domiciliário...* (A1, A2, A3, A4, A5), *...centro de convívio...* (A2) e *...centro de dia ...*(A2, A5), o contacto com o utente, *... em primeiro lugar que marcasse consulta médica e entretanto vou articular com o centro de saúde para saber se esta consulta foi marcada...* (A5), o *preenchimento do relatório, ... fazer relatório social...* (A1) e *... relatório Médico...* (A1), a *avaliação sociofamiliar e socioeconómica* (A3), a *situação de saúde*, a *...situação de saúde degradou...* (A7), *verificação dos dados, ...verificarmos se o pedido pode ser atendível ou não...* (A3) e a *abertura do processo, ...através do sistema informático, da base de dados...* (A7).

A intervenção dos Assistentes sociais, é vista como profissional, intencionada e científica (e, portanto, racional e organizada), na realidade social das pessoas idosas para conhece-la e transforma-la, contribuindo com outras profissões para atingir o bem-estar desse coletivo, entendendo este como um sistema global de ações que, respondendo ao conjunto das aspirações sociais, elevam o desenvolvimento do bem estar humano nos processos de mudança social individuais, familiares e/ou comunitários (Carvalho, 2012).

O objeto de intervenção do serviço social no campo da velhice é a pessoa idosa (individual ou coletivamente) que em interação com um meio correto, vive uma situação determinada como necessidade ou como desejo de a melhorar e que quer superar e desenvolver a sua funcionalidade social, cooperando na transformação da situação das circunstâncias que a geraram, e, sobretudo, desenvolvendo as suas potencialidades numa perspetiva positiva (Carvalho, 2012). Surgiu na categoria natureza da intervenção, a subcategoria *apoio económico*, tais como o apoio na *medicação* (A1) e o *complemento de dependência* (A3).

Foi também referido que muitas vezes é efetuada a sinalização por familiares (A6), vizinhos (A7) ou instituições (A6) e por razões, tais como abandono, *...o abandono, não só no hospital como nas próprias instituições...* (A7), *... abandonados no domicilio então ativamos os serviços sociais...* (M8), violência, *...idosa era um incomodo...* (A7), *...suspeita de maus tratos, portanto violência domestica...* (A5), *... há desentendimentos entre vizinhos...* (A5) *...negligencia por parte destes familiares...* (A5), mudança de saúde de um familiar, *...por variados problemas ou por saúde...* (A7), por questões de gravidez (A7),

falta de retaguarda familiar, *...é um casal de idosos que não tem filhos...* (M8), sendo que muitas vezes são referenciados. Em caso de *violência* (A2) há também um procedimento a adotar, sendo feito o envio para o centro regional e após consentimento para o ministério público.

Em Portugal cada profissional tem a obrigação legal de denunciar as situações de maus-tratos (alínea b do artigo 242º do Código do Processo Penal - *a denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos...para os funcionários... quanto a crimes de que tomaram conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas*). O objetivo principal deverá ser a prevenção dos maus-tratos quando possível. Contudo, se as atividades preventivas falharem, devem ser encetadas ações efetivas para pôr fim à situação de maus-tratos. Esta intervenção é complexa e deverá sempre ter em conta uma abordagem multidisciplinar.

Relativamente ao plano de intervenção e segundo os discursos dos profissionais, este passa pelo *tratamento, acompanhamento Médico* (A3, A5), depois pela *visita domiciliária* (A3) dos Assistentes Sociais quando há referência. Foi referido por uma Assistente social duas *estratégias de mudança de comportamento*, tais como o *saber ouvir* e a *adaptação aos hábitos do Idoso*, sendo pertinentes para a motivação e favoráveis na transição vivenciada, *.... ir de encontro às expectativas que eles criam e quando há necessidade de fazer algum ajuste comportamental é feito sem que eles tomem consciência de que está a ser feito e eles acabam por mudar comportamentos sem se aperceber que estão a ser motivados para isso...* (A4).

No que diz respeito ao Enfermeiro, este identifica a necessidade de cuidados do idoso, estabelece prioridades no cuidado, formula diagnósticos de enfermagem, planeia e executa intervenções de enfermagem dirigidas e personalizadas às características individuais, sociais e culturais das pessoas idosas e seus cuidadores, entenda-se cuidadores informais, estes, também alvo de cuidados. É, também, no seio da equipa que desenvolve as práticas colaborativas no diagnóstico, tratamento e avaliação das situações (Silva, 2013).

Assim o Enfermeiro atua ajudando em cuidados para que os idosos mantenham e alcancem o seu máximo potencial (Silva, 2013); trabalham com as pessoas idosas para conseguir saúde, bem-estar e qualidade de vida ótimos, sendo que tratando-se de idosos dependentes será a melhor qualidade de vida possível, de acordo com a decisão dos que recebem cuidados (ICN, 1998).

O foco da sua atenção passa pela promoção da saúde, limitar a incapacidade e promover a autonomia no autocuidado é o nosso objetivo fundamental; na minimização de danos, implementando programas de reabilitação física, psíquica e social, de modo a garantir ao idoso a permanência no meio em que vive, exercendo se possível, de forma independente as suas funções na sociedade (Silva, 2013).

O Enfermeiro, na excelência do seu exercício profissional, junto dos idosos/família/cuidador, cuida para aumentar os hábitos saudáveis, diminuir e compensar as limitações inerentes à idade, ajudar o idoso a confortar-se com a angústia e debilidade da velhice, incluindo o processo de morte (Silva e Batista, 2007), cuidados fundamentais à qualidade de vida, ao envelhecimento ativo e ganhos em saúde.

Os profissionais entrevistados no estudo referiram a *identificação de fenómenos e respetiva intervenção na ... ordem que achamos prioritário para aquela utente e família ir dando resposta a um plano de intervenção...* (E3), *os ensinamentos individuais programados* (E3) e *os ensinamentos em grupo para idosos, famílias de acolhimento e auxiliares de lares* (E3, M6), assim como *sessões para prestadores de cuidados* (E3). Referiram ainda a *difícil obtenção de informação clínica* devido ao facto de estes *frequentarem as consultas sozinhos* (E2) e *difícil intervenção*, devido ao *número elevado de utentes* (E8). Para permitir avaliar a *evolução dos clientes*, são aplicadas *escalas de avaliação da dependência* (E5, M1) e *demência* (M1) para a avaliação.

Referiram também as visitas domiciliárias (E4) que proporcionam a colheita de informação relevante quanto às questões habitacionais e torna-se relevante em clientes com algum grau de dependência.

A Enfermeira de reabilitação entrevistada (E1) referiu que a sua atuação advém muito da *patologia associada*, focalizando sempre a autonomia do cliente e tendo muito por base os conhecimentos e aprendizagem de capacidades dos prestadores de cuidados em caso de doentes dependentes a necessitar de cuidador.

Por fim foi também referida uma estratégia de mudança de comportamento *...até que conseguimos fazer uma adequação na alimentação e no exercício físico ao mesmo tempo, então vai tomar uma água, vai tomar um café, tudo bem um por dia, tudo bem não faz mal, mas não deve levar o carro, vá a pé, em vez de ir ao café de carro...* (E3) com a adaptação dos hábitos, facilitando desta forma a motivação dos idosos.

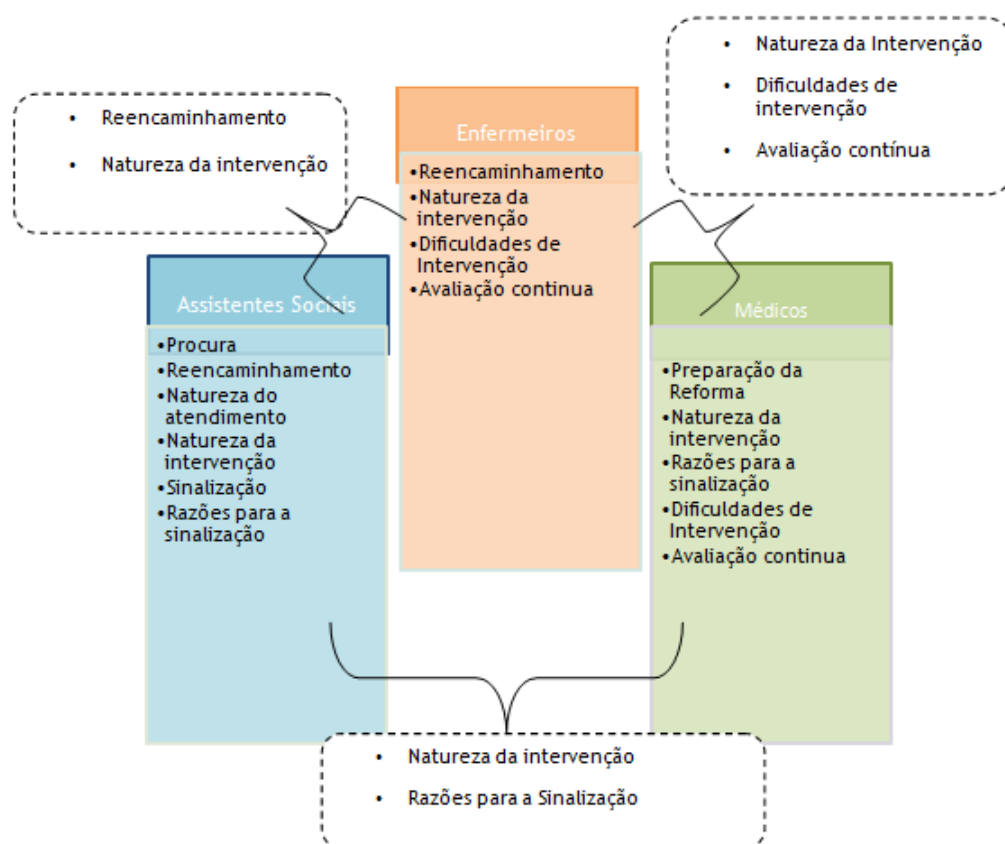
Em Portugal, o primeiro contacto com o Serviço Nacional de Saúde faz-se pelos Cuidados de Saúde Primários (CSP), colocando os Médicos de família na linha da frente no contacto com a população. Foi referido por estes a necessidade de *preparação da reforma* (M6), sendo necessária a realização antecipada do planeamento de atividades. A *passagem à reforma* surge como um acontecimento de vida de cariz predominantemente normativo, exigindo o desempenho de novos papéis e a respetiva integração numa dada estrutura de personalidade, cuja ocorrência coincide no tempo com outros acontecimentos de vida característicos do envelhecimento (Fonseca, 2005). Este processo é de particular importância: dado o papel central que a vida profissional tem na existência, trata-se de algo que acaba por fazer parte da própria personalidade; independentemente da preparação que para ela o indivíduo tenha feito a *passagem à reforma* (como qualquer outra transição) trás consigo realidades novas, total ou pelo menos parcialmente diferente

do que inicialmente esperado; *a passagem à reforma* é, provavelmente a transição do ciclo de vida onde a vulnerabilidade individual assume contornos mais extraordinários, quer pela falta de modelos de referência, quer pela influência de múltiplas variáveis (Hooker, 1991 in Fonseca, 2005). A condição do *eu reformado* é vivida em simultâneo com a percepção do *eu que envelhece*, e a passagem à reforma *surge como “uma ocasião, particularmente relevante para o estudo de aspetos psicológicos indicadores de um maior ou menor sucesso adaptativo individual face a este acontecimento”* (Fonseca, 2005, p.46).

A área da transição para a reforma, torna-se por isso fulcral, visto que o envelhecimento dos trabalhadores ativos é um dos assuntos chave na política social, é necessário ter mais informação acerca dos factos que afetam o bem-estar daqueles que estão a chegar à casa dos 60 anos e encontrar solução para estender as suas carreiras profissionais, ocupacionais e atividades que realizam (Seitsamo, 2007), o mesmo afirma Ekerdt & Deviney (1990, cit. pot Fonseca, 2005, p.47) a satisfação *“com a reforma e a forma como se encara esta transição, são justamente uma das vertentes mais importantes da investigação neste domínio, quer no sentido da prevenção de situações de desajustamento, quer no sentido da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos reformados”*.

As principais dificuldades de intervenção assinaladas pelos Médicos foram a necessidade de cumprir *indicadores* (M8) e os *fatores económicos* (M6).

Figura 6 - Efetividade da intervenção nos mais de 65 anos



De acordo com a Figura 6, é possível verificar que o plano de intervenção foi referido por todos os profissionais, especificando alguma da sua área de intervenção. No que diz respeito às *razões para a sinalização* foram referenciadas pelos Médicos e Assistentes Sociais, enquanto que as *estratégias de mudança de comportamento/motivação da categoria natureza de intervenção* foram citadas pelos Enfermeiros e Assistentes sociais, sendo que apenas os Enfermeiros e Médicos referiram *dificuldades de intervenção* e valorizaram a *avaliação contínua*.

A intervenção nos idosos tem muita representação na *natureza da intervenção*, tendo maior incidência no discurso dos Assistentes Sociais e Enfermeiros, enquanto que a *natureza do atendimento* e as *razões para sinalização* tem a sua incidência maior no discurso dos Assistentes sociais.

3.3 *Vigilância de Saúde dos Idosos*

A complexidade do perfil de morbimortalidade do idoso requer atenção especial dos serviços de saúde. Encontra-se, hoje, a população em franco processo de envelhecimento e ainda se prescinde de conhecimentos e estrutura necessários ao cuidado desse envelhecer. Mesmo com a extensão da atenção à saúde, ocorrida a partir dos anos 80, aborda-se o idoso, na maioria das vezes, de modo limitado às enfermidades crônicas e em consultas individuais esporádicas, sem continuidade, e desconsiderando o impacto desse quadro na qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2000).

As doenças crônicas apresentam-se de modo simultâneo e múltiplo e o seu carácter insidioso e, muitas vezes, subclínico, dificulta o diagnóstico e a aderência ao tratamento. Por tais razões, o acompanhamento do idoso requer o autoconhecimento das doenças, complicações e indicações terapêuticas, bem como a motivação e educação contínua e de modo compartilhado (Navarrete & Pérez, 1998; Tubero, 1999).

Assim sendo é apresentado o seguinte Quadro 10 com as categorias e subcategorias, assim como as unidades de registo associadas à vigilância de saúde dos idosos.

Quadro 10 - Frequência da vigilância aos idosos

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Consulta domicílio-dependentes	Necessidade	<i>...utentes dependentes do domicílio nós fazemos sempre consultas de vigilância, somos nós próprios que agendamos, consoante a necessidade do utente... (E2)</i>
	Anual	<i>... nos doentes dependentes ...depende uma por ano... (E4)</i>
	Semestre	<i>...mais dependentes no domicílio ... semestralmente...(E7)</i>
Consulta domicílio-doente crónico	Semestre	<i>...depende se for hipertenso é sempre duas vezes no ano... (E4)</i>
	Necessidade	<i>... exemplo um diabético de novo... ter visitaçao domiciliária mais apertada mediante às vezes estar mais controlado ou menos controlado. (E6)</i>
Consulta centro de saúde	Semestre	<i>...há utentes acima dos 65 anos que só precisam de vir ter connosco duas vezes no ano... (E3) Depende da patologia, se forem idosos que não têm qualquer patologia, duas vezes por ano...(M7)</i>
	Anual	<i>...há utentes acima dos 65 anos que só precisam de vir ter connosco...uma vez no ano... (E3) ...pessoa com mais de 65 anos sem qualquer problema de saúde e sem necessidade de uma vigilância regular digo que devem vir 1 vez por ano, marcar passado um ano... (M1)</i>
	Necessidade	<i>...se eles não têm nenhum grupo de risco e não tem nenhuma co-morbilidade, eles são autónomos e marcam as consultas. (E4) ...esses normalmente que não têm nenhum problema de saúde eu deixo ao critério deles... (M6)</i>
Consulta centro de saúde-doente crónico	Necessidade	<i>...problema agudo, ou hipertensão descontrolada fazemos uma vigilância, vamos vigiar uma vez por mês a tensão e aproveitamos para fazer outras coisas, para ver se está tudo bem com o utente... (E2)</i>
	Semestre	<i>...depois vemos no segundo semestre uma vez... (E2) ...pessoas que precisam de cuidados mais específicos, hipertensos, diabéticos, demência, normalmente eu faço a marcação, o agendamento de 6 em 6 meses... (M1)</i>
	2/2meses	<i>... faço vigilância aos diabetes e aos hiper-tensos, aos outros eles vão vindo, eu às vezes remarco dependendo das situações ou digo venha daqui a dois meses... (E8)</i>
	4/4meses	<i>...pessoas que precisam de cuidados mais específicos, hipertensos, diabéticos, demência, normalmente eu faço a marcação, o agendamento de 6 em 6 meses, 4 em 4, depois já depende da evolução da doença. (M1)</i>
	Trimestre	<i>Com mais de 65 anos quase todos têm problemas crónicos é 2 ou 3 vezes no ano depende. (M4)</i>

Os motivos que levam os idosos a recorrerem ao centro de saúde, são na sua maioria, coincidentes com estudos, identificando-se vertentes, tais como a vertente preventiva: solicitação de receitas para manter a medicação devido a situações de cronicidade (antidiabéticos, anti hipertensores, diuréticos, anti-inflamatórios, etc.); questão de vigilância, como mostrar exames complementares de diagnóstico, avaliação da tensão arterial, avaliação de situações relacionadas com diabetes; consultas marcadas de rotina, estando aqui incluídas as consultas de hipertensos e de diabéticos. Estas são programadas para dias específicos da semana e com periodicidade de três meses os utentes previamente fazem a consulta de enfermagem e depois a consulta médica. A vertente curativa: consulta por motivos de doença aguda; tratamento de feridas; administração de injetáveis (anti-inflamatórios, antibióticos, etc.); situações de urgência (quedas, queimaduras, etc.). A vertente administrativa: isenção de taxas; mudança de residência; inscrição no Médico de família; marcação de consultas médicas (Pereira e Costa, 2007).

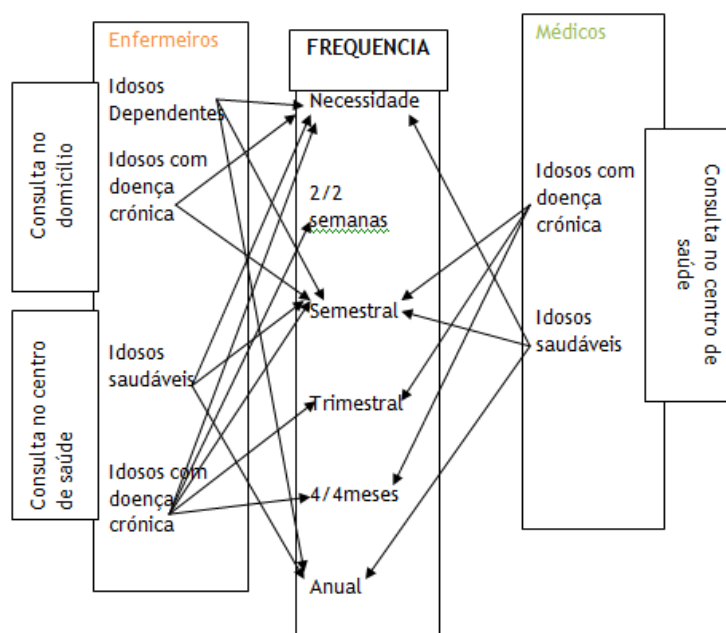
Outra oferta de cuidados que o centro de saúde disponibiliza é a visitação domiciliária, que tanto poderá ser feita pelos Médicos como pelos Enfermeiros. No entanto, de forma institucionalizada e organizada, existe a visitação domiciliária da responsabilidade dos Enfermeiros (Pereira e Costa, 2007).

Relativamente aos discursos dos Enfermeiros referentes às *consultas domiciliárias para dependentes* foi referido que seriam por *necessidade*, *...utentes dependentes do domicílio, nós fazemos sempre consultas de vigilância, somos nós próprios que agendamos, consoante a necessidade do utente... (E2), anuais, ... nos doentes dependentes ...uma por ano... (E4) ou por semestre, ... mais dependentes no domicílio ... semestralmente... (E7)*. Quanto às *consultas domiciliárias para doente crónico* foi referido que seria por *necessidade*, *... exemplo um diabético de novo... ter visitação domiciliária mais apertada mediante às vezes estar mais controlado ou menos controlado. (E6), ou semestre, ...depende se for hipertenso é sempre duas vezes no ano... (E4)*. As *consultas em centro de saúde* podem ser por *necessidade*, *...se eles não têm nenhum grupo de risco e não tem nenhuma co-morbilidade, são autónomos e marcam as consultas. (E4), semestral, ...há utentes acima dos 65 anos que só precisam de vir ter connosco duas vezes no ano... (E3) ou anual, ...há utentes acima dos 65 anos que só precisam de vir ter connosco ...uma vez no ano... (E3)*, mas as *consultas em centro de saúde associadas a doença crónica* podem ser por *semestre*, *...depois vemos no segundo semestre uma vez... (E2)*, dois em dois meses, *... faço vigilância aos diabetes e aos hiper-tensos, aos outros eles vão vindo, eu às vezes remarco dependendo das situações ou digo venha daqui a dois meses... (E8) ou por necessidade, ...problema agudo, ou hipertensão descontrolada fazemos uma vigilância, vamos vigiar uma vez por mês a tensão e aproveitamos para fazer outras coisas, para ver se está tudo bem com o utente... (E2)*.

No que se refere aos discursos dos Médicos, as consultas no centro de saúde para esta faixa etária são realizadas *anualmente*, ...*pessoa com mais de 65 anos sem qualquer problema de saúde e sem necessidade de uma vigilância regular digo que devem vir 1 vez por ano, marcar passado um ano...* (M1), por *necessidade*, ...*esses normalmente que não têm nenhum problema de saúde eu deixo ao critério deles...* (M6) ou *semestre*, ...*depende da patologia, se forem idosos que não têm qualquer patologia, duas vezes por ano...* (M7). Para *doentes crónicos* referiram consultas por *semestre*, ...*pessoas que precisam de cuidados mais específicos, hipertensos, diabéticos, demência, normalmente eu faço a marcação, o agendamento de 6 em 6 meses...* (M1), *de 4 em 4 meses*, ...*pessoas que precisam de cuidados mais específicos, hipertensos, diabéticos, demência, normalmente eu faço a marcação, o agendamento de 6 em 6 meses, 4 em 4, depois já depende da evolução da doença.* (M1) ou por *trimestre*, ...*com mais de 65 anos quase todos têm problemas crónicos é 2 ou 3 vezes no ano depende.* (M4).

Apesar de não haver consenso, é perceptível que a vigilância é mais restrita e menos espaçada em doentes crónicos, sendo que nesta faixa etária é bastante pertinente haver vigilância mais apertada mesmo não havendo diagnóstico de hipertensão, diabetes ou outra doença crónica.

Figura 7 - Frequência da vigilância dos idosos



Como é possível observar na Figura 7, tanto os Enfermeiros, como os Médicos referiram a vigilância em consultas normais de rotina em centro de saúde e referentes ao doente crónico, uma vez que esta última se manifesta muito na faixa etária dos idosos. Os Enfermeiros abordaram também a periodicidade das consultas em domicílio tanto para dependentes como doentes crónicos.

A representação no discurso dos profissionais, sobre a vigilância em saúde, mais especificamente sobre a *periodicidade das consultas*, tem maior representatividade no caso das *consultas em centro de saúde para doente crónico a marcação por semestre*. Tanto no discurso dos Enfermeiros como no dos Médicos.

Quanto à *consulta em centro de saúde* a maior representação recai na marcação por *necessidade*, no discurso dos Enfermeiros.

No que se refere à *consulta de domicílio para doente crónico* teve tanta representação na marcação *por necessidade como por semestre*, já a *consulta de domicílio para dependentes* teve maior representação na marcação por *necessidade*.

3.4 A Educação para a Saúde

A promoção da saúde, constituindo um processo para dar às populações os meios de assegurar um maior controle sobre a sua própria saúde e de a melhorar, representa um processo global, que compreende não só as ações que visam reforçar as aptidões e capacidades dos indivíduos, mas também as medidas que visam alterar a situação social, ambiental e económica, de modo a reduzir os seus efeitos negativos sobre a saúde pública e sobre a saúde das pessoas. (DGS, cit. OMS, 1986).

Apresentamos de seguida, no Quadro 11 as categorias e subcategorias, assim como as unidades de registo que emergiram sobre a educação para a saúde.

Quadro 11 - Educação para a Saúde

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Temáticas de educação para a saúde	Vaga de frio	<i>...vaga de frio... (A4)</i>
	Importância da água	<i>... importância da água... (A4)</i>
	Demências	<i>... demências... (A4)</i>
	Gripe	<i>... sobre a gripe... (A5)</i>
	Doenças crónicas	<i>...fizemos sobre a diabetes... (A5)</i> <i>...hipertensos, diabéticos... (E2)</i> <i>...diabéticos, ou hipertensos, ou porque tem patologia osteoarticular. (M5)</i>
	Alimentação	<i>...alimentação... (E2)</i> <i>Conselhos de alimentação... (M6)</i> <i>...excesso peso... (M3)</i>
	Exercício físico	<i>...sessão de exercícios ativos... o exercício ativo nos idosos e no facto de serem idosos eles manterem-se o mais ativos.... (E1)</i> <i>...exercício. (E2)</i> <i>...exercício físico, caminhar... (M3)</i>
	Úlceras de pressão	<i>... prevenção das úlceras de pressão... (E7)</i>
	Prestadores de cuidados	<i>...educação para prestadores de cuidados... (E7)</i>
	Quedas	<i>... caminharem quando podem, cuidados com marcha, o que devem evitar, evitar as quedas, tirar aqueles elementos que sobejam em casa ou que podem precipitar uma queda. (M2)</i>
	Hábitos saudáveis	<i>...restrições de sal... (M3)</i> <i>...modificação de hábitos alcoólicos... (M3)</i>
	Habitação	<i>...condições de habitação...(M4)</i>
	Necessidades básicas	<i>... de higiene... (M6)</i> <i>... de sono... (M6)</i>
	Solidão	<i>... aquelas coisas, saia de casa...(M7)</i>
População alvo	Idosos	<i>... clube sénior, aos seniores aqui de Lousado... (A5)</i>
	Famílias	<i>...as famílias são convidadas ... (A5)</i>
	População Geral	<i>...população...aqui de Lousado... (A5)</i> <i>...nas escolas que reunimos com alguns lares que trouxeram os idosos ali.... (E1)</i>
	Cuidadores de Idosos em lar/Centro de dia	<i>..... levam ao centro de dia, aos lares para ajudar os cuidadores... (M6)</i>

A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade. Está, de facto, provada a eficácia da prevenção dos fatores de risco comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada, pelo que é prioritária uma atuação concertada, de todos os atores da sociedade, para melhorar os cuidados com uma boa nutrição, desincentivar o consumo excessivo de álcool, a cessação ou redução do consumo de tabaco, a prática regular de atividade física e o controlo dos fatores de stress (DGS, 2004).

Ao incentivar a prática de *atividades físicas, ...sessão de exercícios ativos... o exercício ativo nos idosos e no facto de serem idosos eles manterem-se o mais ativos....* (E1); *...exercício.* (E2) como ação de educação em saúde, promove-se a interação do idoso com outras pessoas e estimulam-se as atividades mentais através da sua participação ativa. Além disso, a literatura menciona que a atividade física pode contribuir na melhora das atividades de vida diária e no bem-estar emocional, além de impactar a percepção de qualidade de vida (Campos et al., 2012).

A atenção em grupos pode contribuir na promoção, proteção e controle dessas situações (Oliveira, 2002). Constata-se que, em consultas individuais, o oferecimento de orientações e o desenvolvimento do processo de educação em saúde são insatisfatórios, sendo as reuniões um espaço complementar de troca de informações e estímulo social (Oliveira, 2002).

A promoção de práticas ligadas à saúde, tais como prevenção primária de doenças, a gestão adequada de problemas de saúde assim como promoção de comportamentos de segurança, tal como a prevenção de quedas *... caminharem quando podem, cuidados com marcha, o que devem evitar, evitar as quedas, tirar aqueles elementos que sobejam em casa ou que podem precipitar uma queda.* (M2), são importantes para a promoção do envelhecimento saudável e consequentemente ativo; é também importante a adoção de estilo de vida saudáveis.

A adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para se adotar esses estilos nos últimos anos de vida. Pelo contrário, o envolvimento em atividades físicas adequadas, *alimentação saudável*, cuidados com *...alimentação...* (E2), *conselhos de alimentação...* (M6), *...restrições de sal...* (M3), a abstinência do fumo e do álcool, *modificação de hábitos alcoólicos...* (M3), e fazer uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo (OMS, 2002).

Stanhope e Lancaster (2011) referem que nunca é tarde de mais para beneficiar de hábitos de vida saudáveis, tais como cessação tabágica, dieta adequada e exercício. Almeida (2009) corrobora esta citação referindo que é necessário evitar comportamentos considerados de risco - os consumos/adições (tabaco e álcool), o sedentarismo, nutrição desadequada. Por outro lado surge ainda que a promoção de um envelhecimento com competência está dependente da promoção de estilos de vida saudáveis, em termos de alimentação, exercício físico, consumo de substâncias aditiva (Sequeira, 2010).

Através da revisão bibliográfica selecionaram-se então alguns determinantes comportamentais a desenvolver no projeto de educação para a saúde: consumos e adições; alimentação saudável, atividade física, comportamentos de procura de saúde, participação

social. Dando seguimento, será feito um enquadramento baseado em vários autores para cada temática OMS (2002).

No que se refere aos consumos /adições, a OMS (2002) refere o tabagismo como um importante fator de risco de morbilidade, e os benefícios de deixar de fumar aplicam-se a todas as faixas etárias. Almeida (2009) citando Fletcher (1999) refere que existem dados que indicam que há um número significativo de fumadores idosos na Europa, no entanto deixar de fumar mesmo depois dos 65 anos parece trazer benefícios. Quanto ao consumo de álcool, as pessoas idosas apresentam maior risco de lesões e quedas devido ao consumo de álcool, assim como riscos potenciais associados à mistura do álcool com medicamentos (OMS, 2002). Almeida (2009) refere que o consumo excessivo tem efeitos negativos na saúde das pessoas mais velhas.

Relativamente à alimentação saudável, a DGS (2004) afirma que uma alimentação saudável contribui para uma maior qualidade de vida, ajudando as pessoas idosas a manter a sua independência e aumenta a capacidade para cuidar das tarefas básicas diárias. Há uma forte evidência da influência tanto do *excesso de peso* (M3), como de um baixo IMC na situação de saúde dos idosos, para isto contribui uma alimentação desadequada (Almeida, 2009).

Na população idosa, os problemas de nutrição e peso podem com frequência resultar não só de hábitos alimentares inadequados e insuficientes atividade, pressupondo eventual falta de informação sobre estas matérias, mas também de uma diversidade de outros fatores, como alterações do apetite, dificuldades na aquisição e/ou confeção de alimentos (Almeida, 2009). O mesmo autor refere ainda a existência de vários estudos que afirmam que a inadequação nutricional (deficiência vitamínica ou consumos desaconselháveis, com excesso de gordura e défice de frutas e vegetais) é um problema que afeta uma significativa proporção dos idosos europeus, com especial prevalência nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos.

No que diz respeito à atividade física é um dos fatores determinantes de saúde que merece alguma atenção. A participação em atividades físicas regulares e moderadas pode retardar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crónicas sem idosos saudáveis ou doentes crónicos (OMS, 2002). Os benefícios da atividade física podem ser usufruídos mesmo quando a sua prática regular começa numa idade mais avançada; esta é importante para um envelhecimento saudável, contribuindo para melhorar e manter a qualidade de vida e a independência. Para além dos benefícios relacionados com a prevenção de doenças crónicas, a atividade física nas pessoas idosas melhora o seu equilíbrio, a força muscular (aumentando a probabilidade de se manter independente por mais tempo), a coordenação, a flexibilidade, a resistência, o controlo motor, as funções cognitivas e a saúde mental, tais como ... *demências*... (A4) (DGS, 2004).

Almeida (2009) corrobora a importância da atividade física pelos efeitos negativos associados à inatividade, sendo que também afirma que são consistentes as indicações de efeitos positivos de exercício regular, sendo que contribuirá para reduzir o risco de mortalidade e para prevenção ou adiamento da incapacidade. Segundo o mesmo autor a atividade física merece simultaneamente destaque como importante determinante de diversas vertentes da saúde, funcionalidade (física e cognitiva) e bem-estar/qualidade de vida dos idosos.

Os comportamentos de procura de saúde referem-se à promoção de práticas de saúde e é também bastante importante e neste domínio pode-se destacar a informação sobre práticas de cariz preventivo, tais como a *vacinação* (contra a gripe, o tétano), ... *sobre a gripe...* (A5), ...*vaga de frio...* (A4), ... *importância da água...* (A4), informação sobre exames periódicos, incluindo o rastreio regular de certas doenças (cancro da mama, colon), informação sobre saúde oral, nesta faixa etária pode ter implicações diversas, inclusive em termos de nutrição. Cada vez mais se promove também a autogestão de *doenças como HTA e diabetes* (A5, E2), ...*diabéticos, ou hipertensos, ou porque tem patologia osteoarticular.* (M5) (Almeida, 2009). Foram também referidas nos discursos dos profissionais as *condições de habitabilidade* (M4), *Higiene* (M6) e *Sono* (M6) nesta população.

Ainda no que diz respeito à participação social, Almeida (2009) propõe também a promoção de comportamentos/ atividades de participação social, como um comportamento determinante para um envelhecimento saudável, salienta, por exemplo, o voluntariado. O envolvimento da população mais velha em atividades de voluntariado tem merecido especial atenção, quer pela sua importância potencial face às preocupações sociais/económicas com peso do envelhecimento populacional, quer pelos benefícios que trará para o bem-estar dos indivíduos implicados. O mesmo autor atribui importância ainda à manutenção de outros comportamentos/ atividades mais específicas, tais como os comportamentos/ atividades de estimulação cognitiva, atividades artísticas e culturais. Foi referido nas entrevistas a necessidade de educação para a saúde sobre *solidão, incentivar a que ...saia de casa...* (M7).

A promoção da saúde, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida, pelo que é prioritária uma atuação concertada, de todos os atores da sociedade, para melhorar os cuidados com uma boa nutrição, desincentivar o consumo excessivo de álcool, a cessação ou redução do consumo de tabaco, a prática regular de atividade física.

É fundamental uma boa condição de saúde para que as pessoas idosas sejam ativas, participativas na sociedade, a adoção de comportamentos saudáveis contribui para a manutenção do estado de saúde, sendo que é importante a intervenção ao nível dos determinantes comportamentais. Uma boa condição de saúde é importante para o

envelhecimento ativo. Uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que as pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias (DGS, 2004). Foi também referido a necessidade de educação para a saúde *a prestadores de cuidados* (E7), sendo de referir a necessidade de *prevenção de úlceras de pressão* associadas a pessoas mais dependentes (E7).

Figura 8 - Educação para a saúde



De acordo com esta Figura 8, é possível constatar que a necessidade de educação para a saúde sobre *doenças crónica* foi referida pelos três grupos de profissionais, já as questões de *alimentação* e de *exercício físico* foram enumeradas apenas pelos Enfermeiros e Médicos.

Os discursos dos profissionais sobre as temáticas de educação para a saúde têm maior representatividade no *exercício físico* e nas *doenças crónicas*. O *exercício físico* tem maior incidência no discurso dos Médicos, mas também no dos Enfermeiros, já as *doenças crónicas* têm maior incidência no discurso dos Enfermeiros em relação à dos outros profissionais.

A promoção da saúde capacitará a população para a adoção de comportamentos saudáveis contribuindo assim para a promoção de envelhecimento saudável. Entra-se assim no domínio do controlo dos determinantes comportamentais. É neste domínio que se pretende intervir aquando da operacionalização do projeto de educação para a saúde.

3.5 Programas para os Idosos

O termo programa (do latim *programma*, que, por sua vez, deriva de um vocábulo grego) tem diversas aceções. Pode ser a prévia declaração daquilo que se pondera fazer relativamente a alguma matéria ou ocasião. Neste caso os programas para idosos devem ser dirigidos para as problemáticas que estão mais presentes nesta faixa etária, sendo que de acordo com o Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas, as três grandes estratégias de intervenção são a promoção de um envelhecimento ativo, adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas e a promoção de ambientes capacitadores (DGS, 2006).

Relativamente aos programas específicos dirigidos para pessoas idosas constata-se que apenas os Assistentes sociais e Enfermeiros estão envolvidos em alguns projetos, como se apresenta no Quadro 12.

Quadro 12 - Programas específicos para idosos

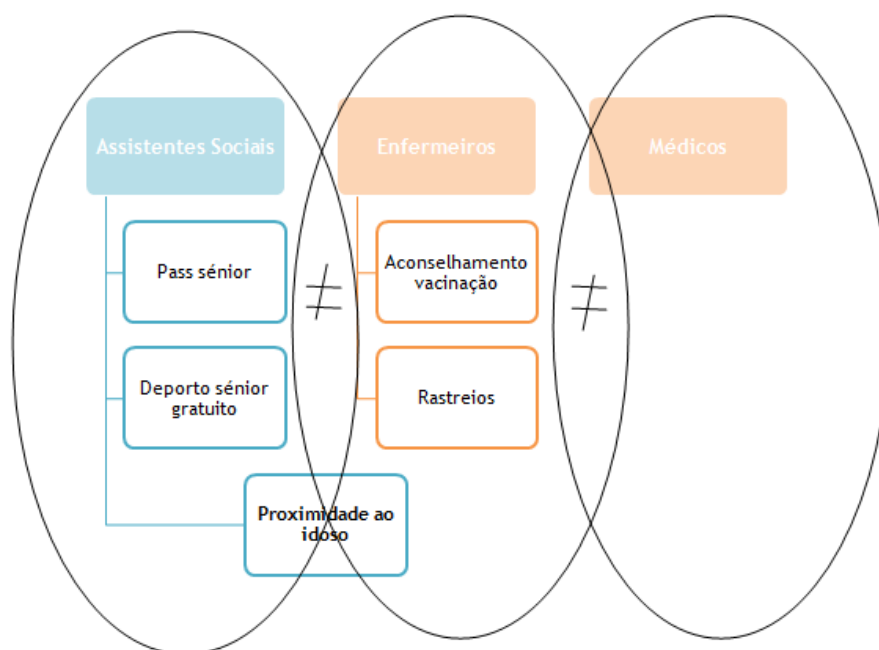
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Promoção de bem estar	Pass sénior	<i>...pass sénior... (A4)</i>
	Deporto sénior	<i>...o desporto sénior (é no desporto não é). Tem natação e têm o desporto gratuito. (A4)</i>
Segurança	Acompanhamento de proximidade	<i>... agente da policia, ...desenvolve aquele programa de proximidade ao idoso e que nos deslocamos no meu caso a Gavião e Famalicão quando existem suspeitas em que o idoso está em risco ou na eminência de... e nos deslocamos para ver como estão os idosos e se precisam de apoio se existem colaterais disponíveis ou se os colaterais estão afastados e que não se importam com os idosos... (A7) ... devemos ter mais apoio nesse sentido e não no sentido de institucionalizar... Se tivessem um apoio, e também a policia de proximidade... (E3)</i>
Saúde	PAI	<i>... PAI, que era um projeto que nós tínhamos..., todos os idosos, todas as pessoas com mais de 65 anos nós estávamos a aconselhar e a vacinar com a vacina da pneumonia (pneumo 23)... (E2)</i>
	Rastreios	<i>... rastreios, é convidada a população. (E5)</i>

Segundo a World Health Organization (WHO), torna-se necessário implementar políticas e programas de *Envelhecimento Ativo* baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas idosas, de forma a facultar à população idosa uma vida mais ativa, saudável e participativa, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida desses indivíduos e familiares (WHO, 2005).

Os Assistentes sociais referiram o *pass sénior*, o *desporto sénior gratuito*, ...o *desporto sénior*, *têm natação e têm o desporto gratuito*. (A4) e o *acompanhamento de proximidade ao idoso*, ... *agente da policia*, ...*desenvolve aquele programa de proximidade ao idoso e que nos deslocamos no meu caso a Gavião e Famalicão quando existem suspeitas em que o idoso está em risco ou na eminência de...* e *nos deslocamos para ver como estão os idosos e se precisam de apoio, se existem colaterais disponíveis ou se os colaterais estão afastados e que não se importam com os idosos...* (A7).

Os Enfermeiros referiram um projeto referente ao *aconselhamento da vacinação*, ... *PAI, que era um projeto que nós tínhamos...*, *todos os idosos, todas as pessoas com mais de 65 anos nós estávamos a aconselhar e a vacinar com a vacina da pneumonia (pneumo 23)...* (E2), o *acompanhamento de proximidade ao idoso*, ... *devemos ter mais apoio nesse sentido e não no sentido de institucionalizar... Se tivessem um apoio, e também a policia de proximidade...* (E3) e os *rastreios de saúde* onde convidam toda a população e ainda denotaram parcerias com a junta.

Figura 9 - Programas do Idoso



Para resumir o referido nos discursos é apresentada a Figura 9, sendo perceptível verificar que esta temática é bastante redutora, sendo pertinente entender que nesta faixa etária os programas são deveras pertinentes, uma vez que muitas vezes ocorre transição a vários níveis e todo o processo se deve ao acompanhamento específico e especializado, uma vez que muitas vezes está em causa a autonomia e independência das pessoas idosas, a promoção de ambientes facilitadores, tendo em conta o impacto destas estratégias nos principais determinantes do envelhecimento ativo de cada cidadão.

Deveriam ser igualmente observados neste âmbito, os princípios das Nações Unidas a favor das pessoas idosas, nomeadamente da independência, participação, autorealização e dignidade. É compreensível, ainda, que os princípios de que o envelhecimento ocorre ao longo de toda a vida, de que as pessoas idosas são um grupo heterogéneo e de que a diversidade individual, se acentua com a idade, assim como preservada a sua intimidade (DGS, 2006).

3.6 Avaliação da Intervenção nos Idosos

No que diz respeito aos padrões de resposta, Meleis *et al.* (2000, cit. por Almeida, 2009, p. 30) mencionam que à medida que a transição vai decorrendo, “a identificação de indicadores de processo que guiam as pessoas para uma vida saudável ou em direção à vulnerabilidade ou risco, permite aos profissionais fazerem uma avaliação e uma intervenção precoce de modo a ajudar o indivíduo a atingir o bem-estar”. Assim sendo foram avaliados indicadores de processo, indicadores de resultado e indicadores de estrutura.

No seguinte Quadro 13 são apresentadas as categorias e subcategorias, assim como unidades de registo associadas à avaliação da intervenção.

Quadro 13 - Avaliação da intervenção

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Dados de processo	Reuniões de equipa quinzenal	<i>... reuniões quinzenais com a equipa técnica... (A1)</i>
	Base dados	<i>...base de dados onde fazemos esse tipo de registo... (A2)</i>
	Reflexão do desenvolvimento semanalmente	<i>...temos um plano de atividades que é feito semanalmente... (A4)</i>
	Relatório anual	<i>...temos um relatório final, é feita anualmente. (A4)</i>
	SClinico	<i>... SClinico... (E1)</i>
	Adoção de comportamentos	<i>...e eles até adotaram aquela medida que a gente disse, pronto... (E2) ... muito visível, a hidroginástica. Em Setembro as pessoas queixam-se “Ai sr.^a Doutora aquilo nunca mais abre, eu não me posso mexer, os meus joelhos já estão a fechar presos” Pelo que a gente deduz que eles durante o ano andam muito bem, tomam menos anti-inflamatórios, recorrem menos por queixas osteoarticulares ... e ate da parte psicológica eles ficam muito</i>

Dados de resultado		<i>melhores. (M5)</i>
	Evolução da doença	<i>A nível concreto de curativo, avaliamos pelas evidências... (E3)</i> <i>Muitas vezes os resultados vêm-se a nível analítico, se for algum tipo de patologia, outras vezes conseguimos ver na evolução da parte física do utente, na melhoria da capacidade cognitiva... (M1)</i>
	Dar respostas/Assistência	<i>... feedback ao longo da intervenção... (M2)</i>
		<i>Não, só por aquilo que nos transmitem quando... (E2)</i>
		<i>... tem muito haver com isto das respostas ou não respostas. (A2)</i>
		<i>...Observação, as próprias queixas... (A4)</i>
		<i>...Observação...aquelas situações de demonstrar que não estão satisfeitos... (A4)</i>
Dados de estrutura	Indicadores	<i>Alem da satisfação, depois temos muitos indicadores da USF e dá para ver se atingimos ou não... (M4)</i>
	Satisfação dos idosos	<i>...Nós passamos inquéritos de satisfação de clientes e de colaboradores... (A4)</i> <i>Nós temos um inquérito de satisfação que aplicamos aos doentes... (E1)</i> <i>... faz parte do inquérito o sexo e a idade... (M3)</i>
	Sistema informático	<i>...falar com o doente, o computador leva-nos maior parte do tempo, temos que falar com o doente, ouvir as queixas... (M2)</i>
	Boletins internos	<i>... há boletins internos para eles escreverem... (A4)</i>
	Entidades externas ao serviço	<i>... agora já não somos nós que fazemos mas diretamente as entidades da ARS Norte que são eles que fazem através do Aces... (E4)</i> <i>Aplicada a nível do ACES. (M4)</i>

Donabedian (1980, cit. por Merkouris et al., 2013) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: input-process-output.

A estrutura corresponde às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde: refere-se aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Envolve desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços. Dentro dessa conceitualização, cabem tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis quanto a qualificação profissional, qualidade do equipamento, existência de manutenção predial e de equipamentos, entre outros. É difícil quantificar a influência ou contribuição exata desse componente na qualidade final da assistência prestada, mas é possível falar em termos de tendências - estrutura mais adequada aumenta a probabilidade de a assistência

prestada ser de melhor qualidade (Donabedian, 1980, cit. por Merkouris et al., 2013). Dos discursos dos profissionais surgiu intrínseco aos dados de estrutura, *o sistema informático, ... o computador leva-nos maior parte do tempo, temos que falar com o doente, ouvir as queixas...* (M2), *boletins internos, ... há boletins internos para eles escreverem...* (A4)) e *entidades externas ao serviço ... agora já não somos nós que fazemos mas diretamente as entidades da ARS Norte que são eles que fazem através do Aces...* (E4), *...aplicada a nível do ACES* (M4).

O processo abrange, de grosso modo, todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os utentes. É sobre essas relações que se obtêm os resultados da assistência. Por isso, é de onde se retiram as bases para a valoração da qualidade. Entre outros fatores, no processo aparecem os aspetos éticos e da relação Médico/profissional/equipa de saúde-utente. De certa forma, tudo o que diz respeito ao tratamento diretamente e no momento em que ele está ocorrendo pode ser considerado como processo (Donabedian, 1980, cit. por Merkouris et al., 2013). Dos discursos surgiram como forma de *avaliação de processo* as *... reuniões quinzenais com a equipa técnica...* (A1), *...base de dados onde fazemos esse tipo de registo...* (A2), *...temos um plano de atividades que é feito semanalmente...* (A4), *...temos um relatório final, é feita anualmente.* (A4) e a análise do... *SClinico...* (E1).

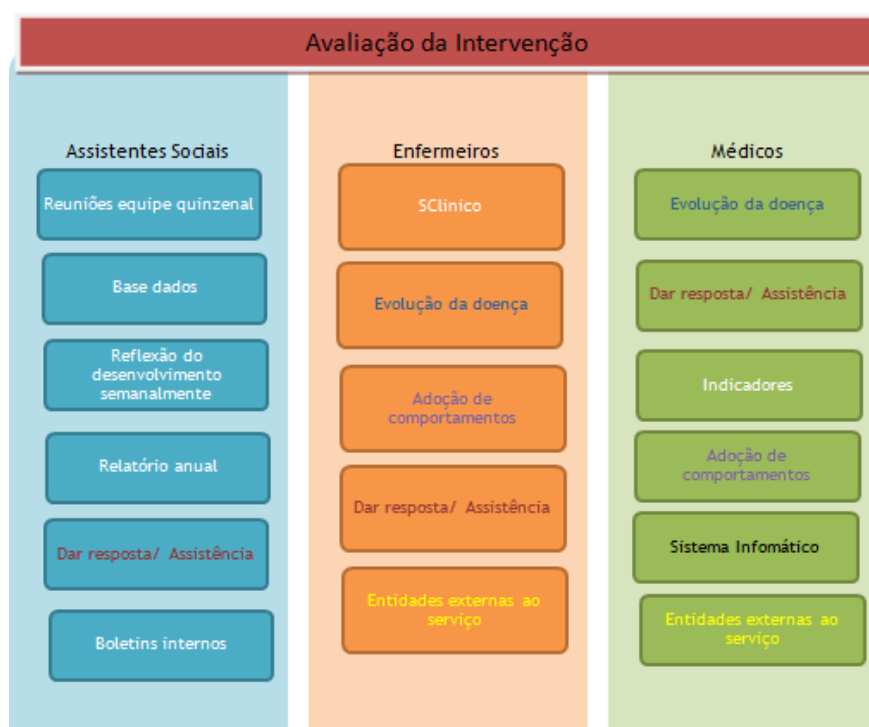
O resultado é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas (Donabedian, 1980, cit. por Merkouris et al., 2013). Sendo pertinente focar os dados para avaliação de resultado que surgiram dos discursos, tais como a *adoção de comportamentos* (E2, M5), a *evolução da doença* (E3, M1), o *facto de dar respostas/assistência* (A2, A4, E2, M2), os *indicadores da USF* (M4) e a *satisfação dos idosos* (E1, M3).

Para que as mudanças no estado de saúde correspondessem à mensuração precisa da qualidade da assistência prestada, seria preciso que as demais causas de mudança, também envolvidas na obtenção do mesmo resultado, fossem eliminadas ou controladas. A atribuição de pesos específicos medindo a influência de cada um desses aspetos nos resultados finais da assistência médica permanece tarefa não resolvida, mas não se pode negar a inter-relação entre esses fatores, ainda que de difícil mensuração (Donabedian, 1994, cit. por Merkouris et al., 2013).

Inicialmente, atribuiu três dimensões à qualidade: conhecimento técnico-científico, relações interpessoais entre os profissionais e o utente e amenidades, isto é, condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação ocorre (Silva e Formigli, 1994, e Donabedian, 1992, cit. por Merkouris et al., 2013).

Na seguinte Figura 10 é apresentada as subcategorias referidas pelos profissionais no que respeita à avaliação da intervenção, sendo valorizados os dados de processo, dados de resultado e dados de estrutura.

Figura 10 - Avaliação da Intervenção no processo de qualidade



A Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio, veio, posteriormente, definir as competências específicas do Departamento da Qualidade na Saúde, estabelecendo a necessidade de *Gerir os sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes (...), e promover a avaliação sistemática da satisfação*, tornando-se necessário aprofundar o conceito de cidadania participativa, no qual o cidadão é envolvido nas decisões da sua própria saúde e do funcionamento do sistema de saúde. Por outro lado, ouvir o cidadão quanto ao funcionamento do sistema de saúde contribui para o colocar, cada vez mais, no centro do sistema (DGS, 2012).

A partir dos pressupostos citados acima, podemos concluir que a qualidade é um conceito dinâmico, que muda os seus referenciais ao longo do tempo, por isso torna-se importante conhecer e avaliar a perceção de qualidade dos clientes/pacientes e profissionais para melhor direccionar as estratégias e ações, atender as expectativas e propiciar uma tomada de decisão mais convicta e compatível com o contexto e objetivos da instituição de saúde (DGS, 2012).

Uma das alternativas para aprimorar a avaliação é aceitar e incorporar os resultados negativos do processo avaliativo e utilizar os dados registados rotineiramente que não são analisados, mas, que se forem empregados no processo também podem orientar uma avaliação continuada, definir prioridades e organizar os serviços de saúde (DGS, 2012).

Obter, perceber e avaliar a qualidade nos serviços de saúde implica lidar com a estrutura de valores da sociedade. Esses valores que são subjetivos, mas indispensáveis para organizar os serviços para melhor atender a necessidade do utente que é o personagem principal da avaliação da qualidade (DGS, 2012).

A avaliação da intervenção nos idosos, em relação aos dados de avaliação do processo, tem maior representatividade nos discursos os dados da *adoção de comportamentos*, seguindo-se os dados sobre a *evolução da doença* referidos por Médicos e Enfermeiros. No que respeita aos dados de avaliação de resultados, tem maior representatividade a *avaliação da satisfação*, através de *inquérito* e *dar respostas/assistência* que foram também referidos tanto pelos Médicos como pelos Enfermeiros.

4 Respostas para a continuidade assistencial

No caso português, como membro da União Europeia e das Nações Unidas, foram tomadas algumas medidas inclusivas que promovem o acesso de todos os cidadãos aos recursos da sociedade, assim como, a todos os seus bens e serviços públicos, dando particular atenção aos mais vulneráveis (Ribeirinho, 2005).

O envelhecimento ativo é um envelhecimento em que é reconhecido à pessoa idosa a sua utilidade na sociedade, o seu contributo essencial na família assim como o seu papel fundamental (Ribeirinho, 2005). A *Carta Social Europeia do Conselho da Europa, de 1996* que tem como objetivo *permitir às pessoas idosas escolher livremente o seu modo de vida e ter uma existência independente no seu meio habitual, tanto quanto o desejarem e tanto quanto possível (...)*. Apesar de ser preferência a autonomia não podemos esquecer que todas estas pessoas possuem grandes debilidade se que muitas vezes necessitam de apoio e assistência (Ribeirinho, 2005).

Para combatermos os problemas que advêm muitas vezes do envelhecimento, é preciso tratá-lo publicamente, para que este se torne, não só um problema interno, da família, mas para que seja também um problema da sociedade contribuindo para evitar alguma situação, como o abandono em hospitais ou lares de idosos (Ribeirinho, 2005).

Em Portugal, as estruturas de apoio social nunca foram uma preocupação principal a ter em conta pelo estado, sobretudo no que às pessoas idosas diz respeito. Pelo facto de não haver estruturas de apoio suficientes, as famílias vêm-se obrigadas a recorrer a outras opções. Muitas vezes é a própria família que desempenha um papel fundamental como

provedora de cuidados e protecção social aos seus membros (Ribeirinho, 2005, 71). Para além de Portugal, em muitos outros países acontecem situações semelhantes. A autora apresenta o caso Inglês como exemplo. Foi em Inglaterra que surgiram as primeiras preocupações e estudos sobre o afastamento dos idosos da família e a preferência pela sua estadia de fim de vida em lares de idosos.

A entrada nestas instituições devia-se sobretudo a problemas económicos ou sociais, não devido a problemas de saúde, o que apenas alimentava a ideia de que a sua permanência naqueles sítios não era necessária se o estado promovesse medidas de apoio domiciliário em que os cuidados prestados seriam menos dispendiosos para o estado a nível financeiro, sendo que o idoso também demonstra maior preferência pela continuação em sua casa, onde não haverá um corte com “(...) *a relação afetiva com objetos e pessoas que ao longo da vida foram construindo e acumulando*”. (Ribeirinho, 2005, p.73).

A evolução das relações entre gerações, bem como a produção e institucionalização de medidas especificamente orientadas para a velhice passou a designar-se por políticas de velhice, entendendo-se estas como o conjunto de intervenções públicas, ou ações coletivas, cujo objetivo consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade (Fernandes, 1997, cit. por Martins, 2006).

Esta *consciencialização social* levou a que os encargos com idosos que anteriormente eram da responsabilidade da família ou de particulares fossem transferidos para instâncias despersonalizadas e burocratizadas, em que as relações entre os agentes se operam de forma anónima ignorando mutuamente as suas existências (Lenoir, 1997 cit. por Martins, 2006).

No seguinte Quadro 14 são apresentadas as categorias, subcategorias e unidades de registo acerca das respostas para a continuidade assistencial.

Quadro 14 - Respostas para a continuidade assistencial

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Instituições para idosos	Centros de dia	...centro de dia... (A1) ...centros de dia... (E5) ...lar de dia... (M1)
	Centros de convívio	...centro de convívio... (A1) ...conviver um bocadinho, para conversar, para jogar umas cartinhas... (E5)
	Lar	...lar...(A4)
	Família de Acolhimento	...Famílias de acolhimento(A3)
Resposta de saúde	Apoio domiciliário	...apoio domiciliário...(A4)
	Unidade de Cuidados na Comunidade	... UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade)... (E1)
	Fisioterapia	... fisioterapeuta... (A4)

		<i>...fisioterapeuta na equipa... (E1) ... E fisioterapia... (M4)</i>
	Atividades de estimulação cognitiva (sopas de letras)	<i>...estimulação a nível memória, de aprendizagem, as sopas de letras ...temos sempre alusivas às épocas do ano as festividades, Natal e Páscoa, Verão, Primavera, o cantar dos reis... (A4)</i>
	Reabilitação	<i>...movimentos ativos e passivos em casa...em reabilitação, um fisioterapeuta... (E3)</i>
Respostas do município	Natação	<i>...exemplo a piscina... (A2) ...mais natação... (E3) ... natação... (M8)</i>
	Transporte Urbano de Famalicão	<i>...andam a passear pelos TUFs (transporte Urbano de Famalicão)... (A3)</i>
	Ginástica adaptada	<i>...ginástica é muito adaptada às situações físicas ... (A4) ...aulas de ginástica... (E3)</i>
	Hidroginástica	<i>...nas aulas de hidroginástica... (E2) ...hidroginastica... (M1)</i>
	Dança	<i>...de dança aqui do concelho... (E2)</i>
	Atividades culturais	<i>...atividades culturais... (E7)</i>
	Eventos de gerontologia	<i>...alguns eventos gerontologia... (E7)</i>
	Atividades grupo	<i>... atividades de grupo... (M1)</i>
	Atividade física	<i>...exercício físico... (E3) ...atividade física... (M1)</i>
	Comissões Sociais de Inter Freguesias	<i>... articulamos com as CSIF (Comissões Sociais de Inter Freguesias) ... (E1)</i>
Não institucionalização	Caminhadas	<i>...caminhadinha ... (A4) ...vai caminhar... (E3) ...caminharem... (M2)</i>
	Ateliers (costura, jogos, cantares, trabalhos manuais...)	<i>...os atlies, tem o atlie de multifunções, tem o atlie de bordados, costura, tem o atlie de jogos, que eles adoram ir jogar bingo, a sueca...cantar... (A4) ... conviver um bocadinho, para conversar, para jogar umas cartinhas... (E5)</i>
	Atividades domésticas	<i>...atividades domésticas, ajudar os filhos a descascar batatas, cebolas, a dobrar as meias e as cuecas e não sei quê... (E1)</i>
Instituições religiosas	Rezar terço	<i>...rezar o terço... (A4)</i>
	Missa	<i>...missa... (A4)</i>

Segundo Martins (2006) embora os apoios sociais e financeiros dirigidos aos idosos se continuem a revelar insuficientes no nosso país, parece-nos relevante salientar algumas formas de equipamentos disponíveis e já claramente identificados que conduzem as

respostas previstas pelos Apoios Sociais e Programas da Segurança Social portuguesa, sendo que os Lares de Idosos são equipamentos coletivos de alojamento permanente ou temporário, destinados a fornecer respostas a idosos que se encontrem em risco, com perda de independência e/ou autonomia.

A insuficiência de lares de idosos estatais tem dado origem a uma verdadeira proliferação de lares privados (que visam essencialmente fins lucrativos), que muitas vezes funcionam clandestinamente e sem as condições que confiram aos idosos o mínimo de dignidade (DGS, 2018). Os *lares* (A1-A7) para cidadãos dependentes constituem respostas residenciais a idosos, que apresentam um maior grau de dependência (acamados) (DGS, 2018).

Os *centros de dia* (A1, A2, A4, A5, E5, E6, M1, M8) constituem um tipo de apoio dado através da prestação de um conjunto de serviços dirigidos a idosos da comunidade, cujo objetivo fundamental é desenvolver atividades que proporcionem a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar (DGS, 2018).

Os centros de noite são um equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite (DGS, 2018).

Os *centros de convívio* (A1, A2, E5) são centros a nível local, que pretendem apoiar o desenvolvimento de um conjunto de atividades sócio recreativas e culturais destinadas aos idosos de uma determinada comunidade (DGS, 2018).

Apesar das respostas sociais nem sempre corresponderem ao desejável, vai-se notando uma crescente preocupação em implementar respostas inovadoras, destacando-se recentemente o *apoio domiciliário* (A1, A2, A4, A5) que consiste na prestação de serviços, por ajudantes e/ou familiares no domicílio dos utentes, quando estes, por motivo de doença ou outro tipo de dependência, sejam incapazes de assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou realizar as suas atividades diárias. É um tipo de apoio que conquistou muitos adeptos, na medida em que se caracteriza pela prestação de um serviço de proximidade com cuidados individualizados e personalizados. Além disso, é preservada a família e a casa que constituem para o idoso um quadro referencial muito importante para a sua identidade social (DGS, 2018).

O *acolhimento familiar* (A1, A2, A3, A5 e A6) consiste em apoios dados por famílias consideradas idóneas que acolhem temporariamente idosos, quando estes não têm família natural ou tendo-a não reúne estas condições que proporcionem um bom desempenho das suas funções (DGS, 2018).

As colónias de férias e o turismo sénior são prestações sociais em equipamentos ou não, que comportam um conjunto de atividades que pretendem satisfazer as necessidades

de lazer e quebrar a rotina, proporcionando ao idoso um equilíbrio físico, psíquico, emocional e social (DGS, 2018).

O termalismo é uma medida que visa permitir aos idosos em férias tratamentos naturais, reduzindo assim o consumo de medicamentos. Proporciona também a deslocação temporária da sua residência habitual, permitindo deste modo o contacto com um meio social diferente, promovendo a troca de experiências, que quebram ou reduzem o frequente isolamento social (DGS, 2018).

A literatura indica que a população idosa tem vindo a aumentar significativamente nos últimos anos. Esta constatação faz com que os profissionais da saúde e educação física vejam o seu raio de ação alargado, não só do ponto de vista da atividade física (E3, M1), mas também, numa ótica social, onde o idoso ocupa um papel relevante no mundo em que vivemos (Dias & Mendes, 2013; Dias et al., 2014; Serra e Silva et al., 2014).

Nesta linha de pensamento, considerando que a atividade física pode contribuir para o envelhecimento saudável, urge usar os benefícios da prática regular de *exercício físico*, como por exemplo *natação* (A2, A3, E3, E4, E5, E7, E8, M7, M8), *ginástica adaptada* (A4, E3, E4, E8), *caminhadas* (A4, E3, E4, E8, M2), *Atividades doméstica* (E1), *hidroginástica* (E2, E4, E5, E6, M1, M4, M6, M8), *dança* (E2) na prevenção e controlo de patologias degenerativas (e.g., diabetes e osteoporose), assim como o seu importante papel no controlo de doenças cardiovasculares (Norman, 2010; Irvine, Gelatt, Seeley, Macfarlane, & Gau, 2013; Smith, Nielson, Woodward, Seidenberg, & Rao, 2013).

Posto isto, considerando a prescrição da atividade física aos idosos um problema muito delicado, é de relevar a atividade física, destinada a esta população, sendo pertinente dar atenção à estrutura, frequência, duração, intensidade, repetições por exercício e indicações técnicas sendo este acompanhamento importante, assim como realização de exercícios de flexibilidade que previnam a lesão de articulações, ligamentos e músculos e, no final, a realização de alongamentos (Geis, 2002; Geis & Rubi, 2003; Hooke, 1992; Spidurso, 2005), sendo que nos discursos foi referido o encaminhamento para *fisioterapia* (A4, A5, E1, E3, E7, M4, M7) e *reabilitação* (E3, E7).

Ainda para estimular a *dinâmica de grupo* (M1) e promover o património cultural foram referidas as *...atividades culturais...* (E7), *...alguns eventos gerontologia...* (E7), *atividades religiosas, como ...rezar o terço...* (A4); *...missa...* (A4), *... passear pelos TUFs (transporte Urbano de Famalicão)...* (A3) e associando as *canções e danças* (E2) tradicionais portuguesas, é pertinente sugerir a atividade física para idosos ao som deste legado cultural, de modo a reduzir a tensão vascular e articular, assim como para diminuir o risco de lesões músculo - tendinosas (Geis, 2002; Geis & Rubi, 2003; Hooke, 1992; Spidurso, 2005).

O processo normal de envelhecimento provoca alterações de algumas habilidades cognitivas, destacadamente o desempenho das memórias episódica e operacional, que vão diminuindo à medida que a idade avança. Estudos com pessoas acima de sessenta anos têm demonstrado declínio cognitivo geral e nas funções executivas, mas mais acentuadamente nas tarefas que exigem atenção, rapidez, concentração e raciocínio indutivo, precisão, priorização de foco e inibição de informações irrelevantes (Santos, 2013).

Há grande variabilidade de possíveis causas atuando nesses processos. Por exemplo, fatores como o nível de escolaridade, herança genética, nível sócio-econômico-cultural, estilo de vida (e aí incluem-se hábitos alimentares, vícios, atividade física, sedentarismo, qualidade do sono), ansiedade, acuidade visual, acuidade auditiva, etc... são componentes moduladores dos efeitos do envelhecimento sobre a memória, principalmente. Desta forma, tem-se que, do mesmo modo que acontece com o envelhecimento como um todo, o processo de declínio cognitivo também se dá de forma diferente para cada pessoa.

Segundo o entendimento de Araújo, 2012, a cognição é a capacidade de o indivíduo adquirir e usar informação, *...os atlies, tem o atlie de multifunções, tem o atlier de bordados, costura, tem o atlie de jogos, que eles adoram ir jogar bingo, a sueca...cantar... (A4), ... conviver um bocadinho, para conversar, para jogar umas cartinhas... (E5)*, a fim de adaptar-se às demandas do meio ambiente. A preservação das funções executivas é fundamental para que se possa lidar eficientemente com as várias situações do dia-a-dia. Trata-se de um conjunto de processos cognitivos que, de forma integrada, permitem ao indivíduo direcionar comportamentos e metas, avaliar a eficiência e a adequação desses comportamentos, abandonar estratégias ineficazes em prol de outras mais eficientes e, desse modo, resolver problemas imediatos, de médio e de longo prazo (Santos, 2013).

Este autor enfatiza a importância das funções executivas e destaca que sua principal característica é a organização temporal do comportamento dirigido a objetivos, que é alcançada pela coordenação conjunta e hierárquica de três funções cognitivas: a memória de trabalho, a atenção motora (que prepara o indivíduo para a ação) e o controle inibitório. Estas são as características das funções cognitivas que posicionam as funções executivas como um dos aspetos mais complexos da cognição humana. Os processos cognitivos integrantes das funções executivas são: planeamento, controle, tomada de decisões, flexibilidade cognitiva, memória operacional, atenção, categorização, fluência, criatividade, integração de detalhes de modo coerente e o manejo de múltiplas fontes de informação, coordenadas com o uso de conhecimento adquirido (Santos, 2013)

Ballesteros et al. (2014) defendem que o empobrecimento da atividade cerebral relacionada ao envelhecimento tende a resultar em deterioração funcional em vários aspetos da cognição, dependência e demência. Por conta disso, explicam, o principal

objetivo dos estudos que vêm sendo realizados mais recentemente nesta área visam a investigar e desenvolver métodos que ajudem a manter o cérebro saudável, promovam a manutenção da qualidade cognitiva, a independência e o bem-estar dos idosos.

Entende-se por treino ou estimulação cognitiva a intervenção estruturada com a finalidade de eliminar ou atenuar dificuldades cognitivas (...*estimulação a nível memória, de aprendizagem, as sopas de letras ...temos sempre alusivas às épocas do ano as festividades, Natal e Páscoa, Verão, Primavera, o cantar dos reis...* (A4)), em função do grau de comprometimento existente ou prevenir sua ocorrência. Pode-se treinar habilidades específicas, bem como modular o treino para os diversos níveis e perfis de desempenho cognitivo: destinados a adultos ou idosos saudáveis, com comprometimento cognitivo leve, com quadro demencial em fase inicial ou adiantada, para pessoas com alto ou baixo nível de escolaridade, etc. O treino cognitivo consiste em propor um programa de atividades através do qual são estimuladas diversas funções cognitivas como atenção, memória, linguagem, velocidade de processamento, etc. Deve ser planeado de modo a atender o perfil cognitivo de cada pessoa (Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha & Neto, 2009).

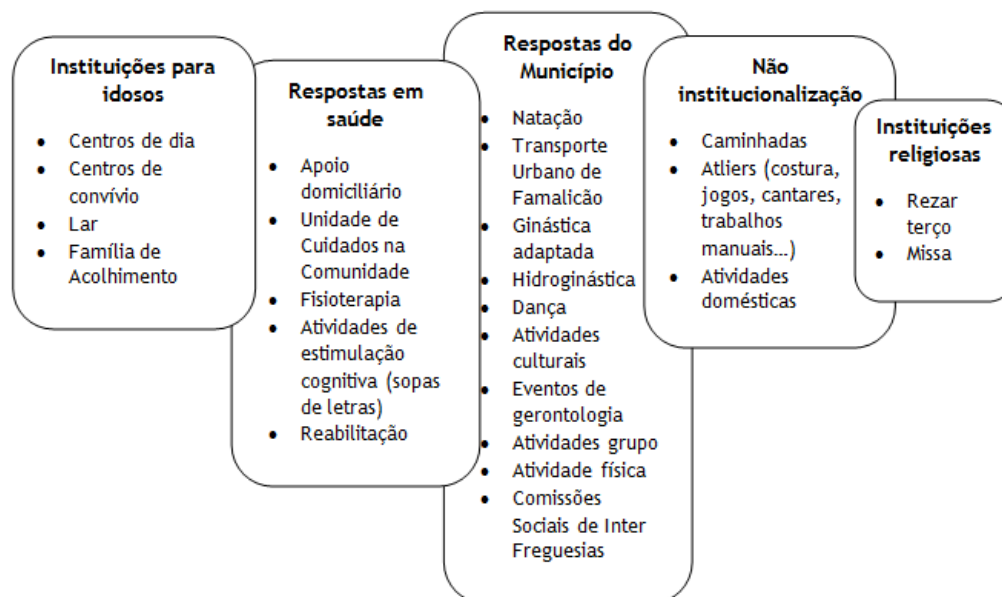
Pesquisas realizadas com pessoas saudáveis portadoras de pequeno declínio cognitivo resultante do processo normal de envelhecimento têm demonstrado resultados bastante significativos na melhora do seu desempenho em tarefas para as quais foram treinadas sistematicamente. Como exemplo, o trabalho de Kawashima (2005), que tem obtido resultados excecionalmente bons de melhora na capacidade de realizar cálculos mentais em idosos japoneses, através da repetição de certos cálculos simples, em treino sistemático de três vezes por semana.

Pode-se assim afirmar, de acordo com a Direção Geral da Saúde (2004, p.6) conceitos que são particularmente importantes, nomeadamente em épocas de crise como a atual: *“uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que as pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias”*.

Afirmando finalmente que, o conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela Organização Mundial da Saúde e defendido na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, *“depende de uma variedade de influências, ou determinantes, que envolvem não apenas os indivíduos, como as famílias e as próprias nações. A forte evidência sobre o que determina a saúde sugere que todos estes fatores, bem como os que resultam da sua interação, constituam o referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento das pessoas e das populações”* (DGS, 2004, p.6).

Na seguinte Figura 11 são apresentadas as respostas sociais referidas pelos profissionais de saúde e sociais.

Figura 11 - Respostas sociais



De acordo com os discursos dos profissionais é passível de afirmar que para além das instituições, o município de Vila Nova de Família tem respostas em saúde e do município, assim como estruturas que possibilitam a não institucionalização para esta faixa etária. As instituições religiosas foram também focalizadas nos discursos como sendo uma mais valia para os idosos.

5 Propostas de Melhoria na Assistência aos Idosos

Assistir adequadamente ao idoso baseia-se na avaliação adequada e conjunta da equipa interprofissional, de qual é a real capacidade funcional deste idoso, identificando o seu nível de dependência, as suas capacidades presentes e, sobretudo, o seu potencial remanescente, que pode não estar sendo reconhecido, sequer, pelo próprio idoso e muito menos pelos que o rodeiam. Esta avaliação envolverá sempre o polinómio idoso-cuidador-família e é a eles que deverá ser direcionado o nosso olhar (Duarte, 2001).

No seguinte Quadro 15 são apresentadas as propostas de melhorias referidas pelos profissionais de saúde e sociais.

Quadro 15 - Propostas de melhoria

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Trabalho em rede	Melhoria da rede do cuidado	<p>...maior apoio a nível de apoio à família (prestadores de cuidados)... (A2)</p> <p>...cada vez mais os idosos precisam de ser vigiados, não só pelo, pelo que eu sinto aqui é muito deixado ao Enfermeiro e ao Médico... (E2)</p> <p>Os cuidados continuados já funcionam em rede e podia funcionar assim noutros casos. E agora a conclusão é para envelhecer. (M4)</p> <p>... mais interligação entre nós e o hospital, nós estamos ligados para a rede de cuidados continuados e estamos ligados a algumas IPSS 's... (M7)</p>
	Equipas de apoio domiciliário	<p>...fazia falta uma equipa para aqueles idosos que não querem sair da casa deles... (A1)</p> <p>... de haver equipas, assim como há no apoio às crianças, equipas de irem a casa, os prestadores, verificar as condições de água, de luz, o modo como estão a ser tratados, acho que isso devia ser mais frequente...(E2)</p> <p>O ideal seria haver isso não é, era uma equipa multidisciplinar que visitasse e que os chamasse...(M2)</p>
Apoio diversificado	Apoio da Igreja	<p>... a igreja até tem um papel muito positivo e dinâmico com eles, por exemplo a paróquia de Ribeirão tem muitos voluntários que participam nas conferências vicentinas ligadas à igreja...(A3)</p>
	Família e vizinhos	<p>Envolver mais os familiares, cuidadores, vizinhos no acompanhamento dos idosos...(M3)</p>
	Universidade sénior	<p>...existe a universidade sénior, nem sempre chega a toda a gente claro... (A3)</p> <p>...acho que a nível de divulgação do que é, do que não é, acho que esse trabalho era muito interessante fazer a nível de divulgação destes espaços e destes centros, para que é que existem, a finalidade deles, porque há muito tabu...(A4)</p> <p>...tem alguns grupos cá, não sei até que ponto envolvem os idosos, há algumas estruturas folclore, mas não chega a toda a gente...(M6)</p>
	Voluntariado	<p>...voluntários, que dinamizassem até esta parte de ir um idoso hoje e dinamizar alguma coisa ele, na semana seguinte ir outro idoso e ser ele a dinamizar outra coisa... explorar aqui que no fundo eles sabem...(A5)</p>
	Clube sénior	<p>...do clube sénior... que é uma vez por mês e temos neste momento pessoas a dizerem-nos que devia ser mais vezes, por isso eu acho que as pessoas sentem necessidade de participar nestes encontros de estarem, porque exemplo nós jogamos o bingo...(A5)</p>
Melhorar as Infraestruturas	Novo espaço para o idoso	<p>...há escolas que já estão fechadas, há infraestruturas que não estão a ser aproveitadas. (A5)</p> <p>... abertura de lares de dia, como a gente leva os nossos filhos pequeninos ao infantário, eu digo</p>

		<i>mesmo isto aos velhinhos... (E1)</i> <i>...lugares próprios para eles conviverem para fazerem um bocadinho de exercício, tirando as casas de fisioterapia não sei se existe... (M2)</i>
	Transportes	<i>...depois eles também têm muitas dificuldades em deslocarem-se, mas porque não até nas próprias freguesias... (A5)</i> <i>...necessitavam de uns transportezitos para a universidade sénior. (M7)</i>

Os três grupos de profissionais (A2, E2, M2, M4, M7) referiram *melhorias na rede do cuidado*, nomeadamente no que respeita à rede de contacto, principalmente no que toca à relação entre centros de saúde e hospital, unidades de cuidados continuados, equipas de apoio domiciliário, assim como o apoio diversificado dos vizinhos e da rede de família. Uma vez que a família faz, por norma, parte da rede social do idoso, é pertinente percebermos qual o papel que assume na vida do idoso. De acordo com as tipologias de redes sociais anteriormente expostas pode considerar-se que a família se insere numa rede informal e numa rede primária.

A família, ao longo do tempo evolui e transforma-se, mantendo sempre uma identidade própria. As identidades das famílias não são isoladas, ou seja, a identidade de cada família é influenciada pelas ligações estabelecidas com os sistemas informais, tais como os vizinhos, os amigos e com os sistemas formais, tais como a escola, o trabalho, entre outros (Sousa et al., 2006). Estas são instituições que caracterizam o curso de vida das sociedades ocidentais (Cabral et al., 2013).

Para Freitas (2011), a literatura afirma que “*o indivíduo vai construindo a sua rede social no decurso da vida e que a sua extensão depende de fatores sócio-demográficos, culturais e de personalidade*” (p. 72). Para Barata (2010. p.13, citado por Oliveira, 2011) “*a família é naturalmente o lugar de acolhimento e de transmissão (...) é onde se nasce, se é acolhido (...) e é ainda o sítio das memórias, dos saberes e dos hábitos, das rotinas e das inovações, das histórias detalhadamente contadas ou só vagamente lembradas*”.

Ao longo do ciclo de vida, a família vai acrescentando elementos através do nascimento, da adoção e do casamento e vai perdendo, também, através da morte, assistindo-se assim à redução das redes sociais. O contrário também acontece, quando o idoso reencontra os filhos, amigos e netos de amigos que o façam recordar os bons tempos que passaram. Além disso, Stevens (2001, citado por Sousa et al., 2006, p. 39) considera que “*os velhos amigos são fundamentais na sustentação da identidade num mundo em mudança, fazem-no através da partilha de tarefas e contribuindo para a interpretação do passado e presente*”. Essa entrada e saída de pessoas na vida do idoso pode-se constituir como uma crise, isto é, pode provocar alterações no quotidiano da vida das pessoas. Não devemos aqui entender o conceito de crise como algo negativo, mas como uma situação normal da vida (Sousa et al., 2006).

A vizinhança, em primeira medida, deve ser entendida como uma unidade, na medida em que é partilhado um espaço comum a todas as pessoas, tal como a rua, o comércio, as instituições, assumindo assim uma identidade comunitária, reconhecida pelas pessoas que compõem esse espaço (Chadi, 2000, citado por Caetano, 2009). Chadi (2000) ainda afirma que as relações de vizinhança caracterizam-se, muitas vezes, por serem homogêneas a nível económico, social e cultural (Caetano, 2009).

O mesmo autor reforça a importância da flexibilidade nas relações de vizinhança, isto é, possibilitar os contactos exteriores, de forma a expandir o grupo comunitário ou fechá-lo, mas de forma a que se constitua como uma unidade (Chadi, 2000, cit. por Caetano, 2009).

Segundo Guerra (2010), “*conhecer os vizinhos ajuda à coesão social, a uma melhor vida em conjunto e cria novos laços de solidariedade entre as pessoas*” (p. 1), além de que, para quem vive isolado, a vizinhança constitui-se com uma grande suporte para os idosos, principalmente no que diz respeito à segurança e afetividade (Pimentel, 2005, citado por Freitas, 2011).

Para além do apoio que a família presta, “*as relações não - familiares também proporcionam um grande sentimento de pertença e de reconhecimento social*”, pois não só contribuem para a participação comunitária, como ajudam a enfrentar o processo de envelhecimento (Attias-Donfut, 1995; Kohli & Künemund, 1996; Kohli, Hank & Künemund, 2009, cit. por Cabral et al., 2013, p. 145).

Posto isto e de acordo com os discursos é necessário *envolver mais os familiares, cuidadores, vizinhos no acompanhamento dos idosos...* (M3), sendo imprescindível o apoio sustentado a esta população, tais como o apoio da igreja, uma vez que *a igreja até tem um papel muito positivo e dinâmico com eles, por exemplo a paróquia de Ribeirão tem muitos voluntários que participam nas conferências vicentinas ligadas à igreja...* (A3), a universidade sénior (A3, A4, M6), o *voluntariado* neste âmbito (A5) e *clube sénior* (A5).

O aproveitamento de Infraestruturas, tais como de *novos espaços para o idoso* (A5, E1, M2) e dos *transportes* (A5, M7) foram também um dos aspetos referidos a melhorar.

No seguinte Quadro 16 são apresentadas as estratégias inovadoras referidas pelos profissionais de saúde e sociais.

Quadro 16 - Estratégias inovadoras

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Mudanças de políticas de assistência	Serviço motivacional domiciliário	<p>...pessoas para motivar, para ter este trabalho de ir lá a casa para motivar essas pessoas... (A1)</p> <p>Em termos de intervenção acho que seria muito interessante pensarmos em mais atividades para eles, po-los em coisas que os chamassem mais... (A5)</p>
	Novas estratégias	<p>...só quando a gente vai a perceber bem secalhar os temas não são secalhar aqueles temas, por exemplo culinária ou rendas, agora eles têm muito informática e não é muito do interesse deles, não interessa perceber como funciona um l pad ou um Iphone, mas secalhar se fosse mais alguma coisa da geração deles...(E5)</p> <p>...em dinâmicas de articulação intergeracional, pela própria junta e pelas próprias instituições que cá existem... (E7)</p> <p>...dar asas à criatividade e alguns projetos poderiam ser interessantes de desenvolver. (E7)</p> <p>...necessário preparar a reforma...apartir que se reformam muitos deles quase arrumam as chinelas no dedo e deprimem e ficam lá sentados alguns... (E8)</p> <p>...em Joane não há nenhum plano definido para assistência aos idosos existem instituições, várias instituições que prestam apoio aos idosos, mas assim definido não há nada. (E8)</p> <p>Promoção de atividades de grupo que não se fazem aqui que poderiam dar-nos opções para ajudar os utentes e reencaminhar.(M1)</p> <p>...se pode fazer para motivar, aquelas formações que podemos dar aos idosos, traze-los para o anfiteatro, aqueles conselhos que vocês sabem até secalhar melhor que nós, isso é importante, às vezes as mensagens não passam, às vezes o idoso vem desmotivado e quase por obrigação...(M2)</p> <p>...a terapêutica está muito solta e não está muito vigiada e para os idosos é muito difícil, é muito difícil fazer polimedicação...(M3)</p> <p>A mistura das crianças fazem bem às pessoas de idade porque são divertidas ... (M8)</p>
	Sistematizar numa vigilância das doenças mentais	<p>...mais até na doença mental, não só na deteção de sinais, mas também no após deteção de sinais, como proceder às vezes, o que fazer para estimular para evitar o desenvolvimento da doença mental, como nós sabemos alzheimers e por ai fora, a demência em geral... (A2)</p> <p>Acho que cada vez mais os idosos precisam de ser vigiados... (E2)</p>
	Conciliação da vida profissional e familiar	<p>...nos locais de trabalho for condicionado ou impossibilitado a saída para prestar cuidado ao nosso idoso, ao pai, à mãe ou ao avô, de facto isso impossibilita as pessoas de prestar cuidados, então ai temos que ir a terceiros, a serviços para isso, mas isso era desnecessário se as mentalidades, se os</p>

		<i>próprios, se a família tiver disponibilidade para isso mental e claro também em termos de condições de trabalho... (A6)</i>
	Melhorar o apoio económico para esta faixa etária	<i>Era mesmo em termos de instituições, é muito difícil institucionalizar um idoso em VNF, as instituições que existem são super caras, não são acessíveis para as famílias...(E3)</i> <i>Apoio melhorado da Assistente social, muita gente com dificuldade em pedir apoio, em relação à segurança social muita gente não sabe que pode pedir subsídios... (M1)</i>
	Formação nas populações específicas	<i>...essa senhora vai para casa da pessoa idosa e às vezes isto é muito complicado se não for acompanhado devidamente, muitas vezes pessoas não formadas, isto está a acontecer cada vez com mais frequência... (A2)</i> <i>...elas não têm mãos a medir para conseguir fazer esse acompanhamento às famílias de acolhimento... (E3)</i> <i>...com experiência com tudo e nós aqui respeitamos o campo de atuação de cada um... quase toda a gente tem alguma formação em geriatria... (A4)</i> <i>... informação aos cidadãos e aos profissionais de saúde para podermos informar bem os cidadãos... (M1)</i>

Algumas mudanças políticas foram enunciadas no discurso dos profissionais, tais como um *serviço motivacional domiciliário*, *haver ...pessoas para motivar, para ter este trabalho de ir lá a casa para motivar essas pessoas... (A1)* e *ter os devidos cuidados aos institucionalizar (E3)*, sendo pertinente *novas estratégias*, no sentido de *atividades mais do interesse dos idosos e em grupo (E5, M1)*, *haver mais incentivos ao apoio e política de proximidade (E3)*, *dinâmicas de apoio intergeracional (E7, M8)*, *preparação da reforma (E8)*, *plano definido na assistência aos idosos onde constem todas as instituições da freguesia (E8)*, *mais educação para a saúde no sentido de aumentar a motivação e passar a mensagem relativa por exemplo à polimedicação (M2, M3)*.

O binómio educação e geração caracteriza-se por um vínculo indissociável. A educação está necessariamente articulada à sucessão e à renovação das gerações por meio do repasse da experiência, sem o qual a edificação da cultura humana não se concretiza e perpetua. A relação entre as gerações pressupõe e suscita processos específicos de transmissão, socialização, formação, ensino e aprendizagem. Mas o professor também aprende com seus alunos, assim como o pai com seus filhos. A coeducação de gerações expressa a ideia dos mais velhos como educadores, mas também como educandos. Nessa troca, promove o desenvolvimento ético e cultural, além da humanização das relações interpessoais. Por isso, o direito de ensinar e de aprender dos idosos deve ser legalmente garantido (Ferrigno, 2010).

Sabemos que no quotidiano das relações interpessoais todos aprendem com todos. Mas, nos encontros de idosos e jovens nos quais gerações se coeducam, o que é especificamente atribuível ao fator geração? Qual é a especificidade da coeducação de gerações? O que os mais idosos ensinam aos jovens? Constatamos que ensinam, sobretudo, valores éticos, saberes práticos e experiências vividas. Os mais velhos também servem de modelo positivo ou negativo, fornecido pela convivência, de como se comportar diante do envelhecimento de si e do outro.

Bosi (1979, p. 32, cit. por Ferrigno, 2010) mostra-nos como ocorre a transmissão de experiências dos idosos aos jovens, afirmando que *há “dimensões da aculturação que, sem os idosos, a educação dos adultos não alcança plenamente: o reviver do que se perdeu, de histórias, tradições, o reviver dos que já partiram e participam então de nossas conversas e esperança”*. Por essa função, vários autores se referem aos idosos como potenciais agentes de preservação da memória cultural (Ferrigno, 2010).

E qual pode ser a contribuição dos jovens aos idosos? Um auxílio importante é a atualização de conhecimentos, mormente aqueles que dizem respeito a novas tecnologias diretamente relacionadas ao dia a dia. Além desses saberes, o convívio com gente mais moça propicia aos idosos a oportunidade de reverem seus conceitos sobre a juventude e seu estilo de vida, de modo a torná-los mais compreensivos em relação a temas sensíveis como sexualidade, drogas e os novos comportamentos da juventude (Ferrigno, 2010).

Os chamados programas intergeracionais têm se multiplicado em vários países do mundo desde a década de 1990, como resposta ao atual distanciamento das gerações.

Os Estados Unidos, pioneiros nessa área, já desenvolvem projetos desse tipo desde os anos 1970, sobretudo como trabalho voluntário *em via de mão dupla*: jovens ajudando ou educando idosos e vice-versa com o espírito de *quem pode ajuda quem precisa* (Ferrigno, 2010).

Na Inglaterra, na Alemanha e nos Estados Unidos, há modalidades mais avançadas de ações intergeracionais, como os centros intergeracionais, envolvendo creches, escolas infantis e de ensino médio, próximas de associações de terceira idade, de centros-dia e de instituições de longa permanência para idosos. A proximidade física torna o convívio mais frequente, de modo que os resultados sejam mais positivos e surjam mais rapidamente. Nesses países, conselhos intergeracionais constituem outra estratégia para aproximar gerações, nesse caso, idosos e jovens trabalham politicamente *ombro a ombro* em favor da comunidade (Ferrigno, 2010).

Outro aspeto referido é o *planeamento da reforma*, esta revela-se como o momento mais importante de reestruturação dos papéis sociais, entre a família e o trabalho a reforma é a componente eminentemente social da unidade que aparentemente

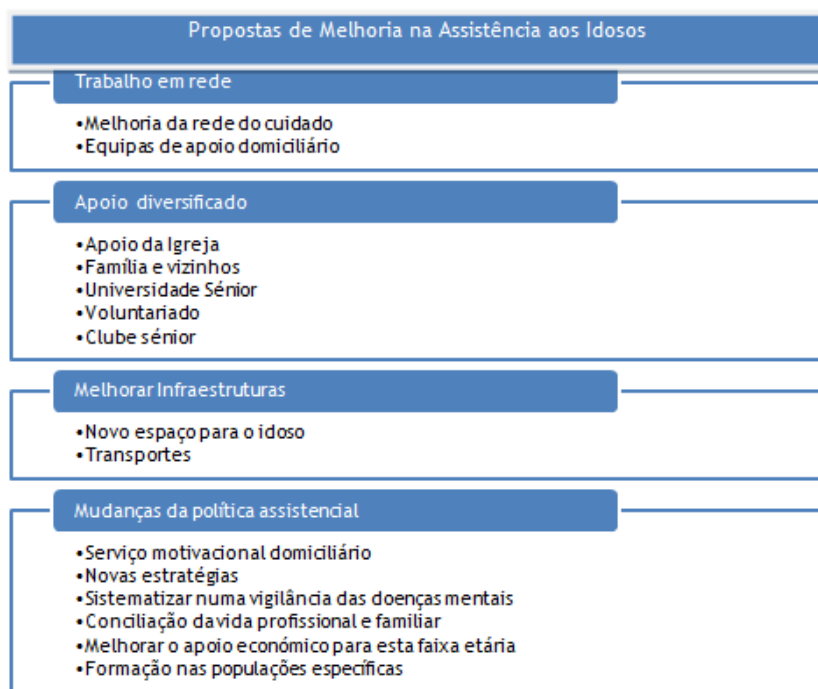
constitui a noção de pessoa idosa, e por outro lado o envelhecimento ou velhice constitui o elemento biológico (Fernandes, 1997).

Fonseca (2005), identificou ainda, três padrões de adaptação à reforma, o estado de satisfação total com a reforma baseado na ideia de que era tempo de abandonar a profissão e em que a *passagem à reforma* é encarada como um acontecimento que surge naturalmente no ciclo de vida, possibilitando a realização de outras atividades (que não de tipo profissional); a mistura de sentimentos e de perspectivas (pena por ter deixado o trabalho e ainda em relação ao futuro, mas também vontade de trilhar caminhos novos e dar um sentido positivo à ocupação do tempo) e o estado de desalento quanto à vida atual (que passa pelo arrependimento em relação à decisão de passar à reforma pela desorientação, pela perda de sentido, pela insatisfação generalizada e pelo aparecimento de sentimentos depressivos).

Este autor identificou duas condições para o sucesso adaptativo desta transição *parecem-nos ser essenciais: “por um lado, a manutenção de um sentido de continuidade e envolvimento na vida, fazendo com que o passado não seja simplesmente esquecido e o futuro simplesmente deixado ao acaso; por outro lado, a aposta no estabelecimento de relações mais próximas com os outros e na realização de atividades que proporcionem bem-estar e constituam ocasiões de desenvolvimento psicológico (como o envolvimento em novos projetos de vida)”* (Fonseca, 2005, p. 72, cit. por Paúl & Fonseca, 2005).

Foi também referido a *sistematização da vigilância das doenças mentais* (A2, E2), como no caso da doença mental, como demências que surgem em idades mais avançadas, a *conciliação da vida profissional e familiar (...nos locais de trabalho for condicionado ou impossibilitado a saída para prestar cuidado ao nosso idoso, ao pai, à mãe ou ao avô, de facto isso impossibilita as pessoas de prestar cuidados, então aí temos que ir a terceiros, a serviços para isso, mas isso era desnecessário se as mentalidades, se os próprios, se a família tiver disponibilidade para isso mental e claro também em termos de condições de trabalho... (A6))*, *melhorar o apoio económico a esta faixa etária*, assim como um melhor esclarecimento dos apoios que tem direito e podem solicitar (E3, M1), e por fim as *formações das populações específicas, tanto cuidadores não formais, como profissionais*.

Figura 12 - Melhoria na Assistência aos Idosos



Resumindo e de acordo com a Figura 12, podemos concluir que de acordo com os discursos dos profissionais há algumas lacunas e possíveis sugestões a adotar no que diz respeito à assistência a esta faixa etária, sendo importante a mudança de políticas assistências e a consciencialização de toda a comunidade, principalmente dos profissionais de saúde e assistenciais.

Dos discursos dos profissionais sobre a melhoria na assistência aos idosos tem maior representatividade as *novas estratégias para as mudanças de políticas de assistência*, com maior incidência no discurso dos Enfermeiros, sendo também valorizável no discurso dos Médicos. Foi também incidente no discurso destes dois profissionais, a *melhoria na rede do cuidado e as equipas de apoio domiciliário*. As *equipas de apoio domiciliário e a formação de populações específicas* tiveram mais incidência no discurso dos Assistentes sociais, sendo também evocados no discurso dos Enfermeiros.

De acordo com o referido pelos profissionais de saúde e sociais acerca desta temática, é de ressaltar que muito há a refletir e a fazer para melhorar a assistência aos idosos, principalmente no que à mudança das políticas assistencialistas, que têm por base o pensamento de todos no que toca a esta faixa etária e às necessidades que podem surgir.

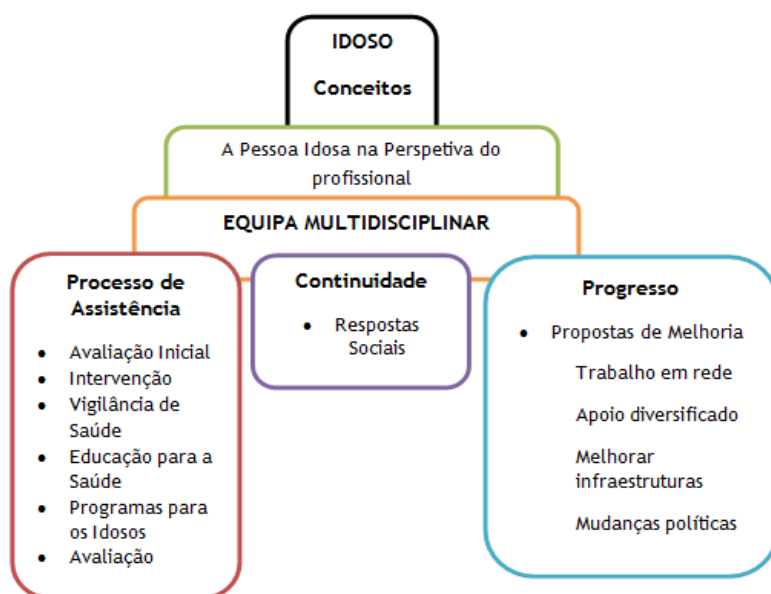
CAPÍTULO IV - A INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM IDOSO: O PAPEL DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO

O envelhecimento da população tem consequências na sociedade em geral e na área da saúde em particular. A valorização da funcionalidade e da autonomia na velhice devem orientar a prestação de cuidados de saúde a esta população. Por outro lado, a ocultação de queixas importantes, podendo acarretar uma subidentificação de problemas de saúde, é um dos riscos na avaliação clínica destes clientes. A avaliação estruturada de necessidades poderá contribuir para uma melhor identificação de problemas de saúde que traduzam deterioração funcional. A investigação internacional identificou cinco áreas primordiais na avaliação das necessidades de cuidados em idosos nos cuidados de saúde primários: visão e audição, mobilidade e quedas, continência de esfíncteres, memória e sofrimento psicológico. Foi sugerido que a avaliação estruturada destas áreas contribuiria com eficiência para a deteção precoce dos fatores de risco que favorecem o declínio funcional e que condicionam a qualidade de vida destes clientes. No entanto, a evidência é ainda escassa sobre a exequibilidade, na prática quotidiana, da avaliação de necessidades em Medicina Geral e Familiar (Balsinha e Pereira, 2014).

O conceito de ‘necessidades de cuidados’ tem potencialidades enormes neste contexto. A identificação dos problemas de saúde que traduzem deterioração funcional pode ser feita mediante avaliação estruturada destas necessidades. Na área da saúde, o conceito de *necessidade* depende da possibilidade de obter benefício com a prestação de cuidados (os quais incluem medidas de educação para a saúde, medidas preventivas, de tratamento, de reabilitação ou outras) (Wright et al., 1998 cit. por Balsinha e Pereira, 2014). Uma necessidade pode considerar-se coberta (quando o problema identificado está a ser alvo de uma intervenção adequada e potencialmente benéfica) ou não coberta (se carece de intervenção adequada) (Orrell et al, 2004). A principal vantagem da avaliação de necessidades é ser centrada no cliente, o que permite aprender sobre as suas necessidades e prioridades, definir estratégias para as satisfazer, utilizar os recursos existentes de forma mais efetiva e eficiente e, por último, poder influenciar políticas de saúde (Wright, 1998, cit por Balsinha e Pereira, 2014).

No que diz respeito aos objetivos deste estudo, mais precisamente ao modelo assistencial disponível para os idosos de Vila Nova de Famalicão segue-se a seguinte Figura 13.

Figura 13 - Modelo de assistência



De acordo com o modelo a que se chegou após a análise de conteúdo realizada a partir dos discursos dos profissionais de saúde e sociais, obtivemos a temática relacionada com a pessoa idosa na perspetiva dos profissionais, e as seguintes categorias experiência de vida, pessoa ativa, estado de saúde, perceção relacional, comportamentos negativos, pessoa com tempo de vida, reforma, problemas associados aos idosos e apoios material e emocional.

Em relação categoria estado de saúde e de acordo com o autor Castro et al. (2014) a primeira ideia que vem à cabeça quando perguntamos a alguém sobre o que é ser idoso é uma ténue referência a aspetos como doenças, fragilidade, invalidez e, principalmente, perda de memória, sendo perceptível o preconceito com a velhice mesmo quando alguém diz que o outro está a ficar velho pelo fato de não conseguir se lembrar, por exemplo, de onde deixou a chave do carro. Por outro ângulo, quando os primeiros fios de cabelo branco começarem a emergir nas nossas cabeças, certamente, iremos ouvir a afirmação: *you are getting old!* (Castro et al., 2014)

Em relação aos problemas associados, o idoso, por questões biológicas, pode apresentar algumas limitações ou pequenas dificuldades, mas isso não significa a incapacidade de realizar tarefas. Porém, na perspetiva social atual, o idoso é considerado muitas vezes como um incómodo, por não atuar na velocidade e na maneira que os jovens julgam mais corretas ou mais adequadas (Scortegagna e Oliveira, 2012).

Outras categorias referidas é pessoa com experiência de vida, pessoa ativa e pessoa com tempo de vida, sendo que devido a todas as dificuldades de enfrentar a realidade social, muitos idosos negam a própria existência e a própria idade, para que

possam ser novamente aceites nos grupos mais jovens. Tal comportamento resume-se ao não conseguir enfrentar a velhice. Manter-se jovem e ativo é o desejo de todos aqueles que estão envelhecendo, porém é necessário ter consciência da idade, aceitando-a, transmitindo a sua experiência de vida e vivendo plenamente (Scortegagna e Oliveira, 2012).

Partindo do referido nos capítulos anteriores é notório que os comportamentos negativos desta faixa etária sejam frequentes, para muitos idosos, a realidade de exclusão acentuou-se mais na velhice. Estas condições trazem repercussões ainda piores, ao pensar-se que na fase que estes acreditavam alcançar a dignidade e respeito, tornam-se vítimas de um sistema opressor e que exclui (Scortegagna e Oliveira, 2012).

Em relação à reforma, o aposentado é considerado como um sujeito que não tem capacidade de contribuir para sociedade, pois não trabalha e não produz algo útil ou novo. Este posicionamento pejorativo confirma a ausência de um papel social, pois o trabalhador torna-se um inativo, e este não tem mais representatividade, sendo que pode também ser visto de outra forma, uma vez que com esta mudança pode ter mais descanso e praticar outras atividades de acordo com o gosto de cada um, assim como ajudar familiares e amigos em atividades que consigam realizar (Scortegagna e Oliveira, 2012).

Em relação à categoria composição da equipa multidisciplinar, foi possível verificar que os profissionais referiram o Médico, Assistente social, Educadora social, Psicóloga, Socióloga, Nutricionista e Administrativo. As equipas multiprofissionais devem pautar a sua atuação na perspetiva biopsicossocial dos indivíduos, por meio de ações interdisciplinares que favoreçam relações entre diferentes conhecimentos, nas quais, os múltiplos fatores que influenciam a condição de saúde e social dos clientes nas suas relações com o meio envolvente sejam considerados (Faria et al., 2013). A equipa multiprofissional, integrada por profissionais de diversas áreas da saúde é, hoje, uma realidade clara e necessária em todos os espaços onde se praticam ações que visam melhorar a qualidade de saúde e de vida das populações (Faria et al., 2013).

Foram também valorizados dados que na perspetiva dos profissionais devem ser partilhados dentro da equipa multidisciplinar, tais como o autocuidado, condições de saúde, condições sociais, condições familiares, desenvolvimento do trabalho em equipa e condições de risco.

No final da década de trinta, quando Marjory Warren, considerada a mãe da geriatria, falou no conceito de *Avaliação Geriátrica Multidimensional* (AGM). Os conceitos básicos e parâmetros utilizados na AGM evoluíram ao longo dos anos, sendo que neste momento incorpora os seguintes domínios: equilíbrio e mobilidade, função cognitiva, deficiências sensoriais, condições emocionais/sintomas depressivos, suporte familiar e social, condições ambientais, capacidade funcional, Atividades de Vida Diárias (AVD's), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) e estado nutricional (Pereira, Schneider &

Schneider, 2009). Ao incorporar todas estas informações e questões relativas a diferentes áreas, numa avaliação única e compacta, encontrou-se uma forma holística de avaliar os idosos. Por outro lado, existem recomendações do Royal College of Physicians of London e da British Geriatrics Society (1992) em relação à avaliação geral das pessoas idosas e das escalas a utilizar, referindo que se deve ter em conta as atividades de vida diárias, a memória, a comunicação, o humor, a moral e o estatuto social.

Em Portugal, apesar de a Direção Geral de Saúde, através do Plano Nacional para a Saúde da Pessoa Idosa (2006), defender uma avaliação multidimensional dos idosos, sendo este um aspeto que é entendido como importante, não existem muitos estudos que analisem os domínios recomendados nesta avaliação biopsicossocial. No entanto, destaca-se o trabalho desenvolvido por Botelho e Rendas (1997), cujo objetivo passou pela construção de uma metodologia de avaliação multidimensional dos idosos tendo em conta as recomendações internacionais, testando a aplicabilidade deste mesmo inquérito. Foram avaliadas a capacidade funcional, aspetos sociais, morbilidade e atividade física. O inquérito, constituído por perguntas estruturadas de acordo com escalas selecionadas, foi aplicado a 55 idosos em ambulatório com média de idades de 74,3 anos. No final, as autoras concluíram que a metodologia utilizada permitiu caracterizar os idosos de um modo multidimensional e passível de avaliações longitudinais. Referiram ainda que, para que a avaliação estivesse completa, necessitariam de incluir questões relacionadas com o estado mental e nutricional.

A avaliação inicial foi uma temática identificada pelos profissionais, tendo sido valorizados dados específicos a avaliar, tais como os dados pessoais, família, fator socioeconómico, socioeducativo, suporte social, independência/dependência, habitação e cuidador informal e também as escalas de avaliação da atividade e de capacidade mental.

Botelho (2000) apresentou o Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB) dos Idosos, que contempla diversos domínios importantes, nomeadamente: perceção de saúde, queixas de saúde, nutrição, quedas, locomoção, autonomia física - autocuidado e autonomia instrumental, queixas emocionais, estado cognitivo, estado social e hábitos. Este é um instrumento de aplicação universal, que pode ser aplicado por qualquer profissional habilitado a indivíduos em vários estados de saúde, em diferentes contextos assistenciais, especialmente a idosos dependentes. Tem como resultado um perfil multidimensional, estandardizado e sintético, que caracteriza de forma global a situação de cada indivíduo (Botelho, 2000). Este instrumento é uma mais-valia na avaliação multidimensional da pessoa idosa, no entanto, apenas permite denotar a existência de alterações em diferentes domínios, classificando o utente como independente (não necessita de pessoas e/ou meios para substituição funcional), autónomo (necessita indispensavelmente de meios de apoio ou ocasionalmente de terceiros, sendo neste caso colaborante), incapaz (necessita indispensavelmente de terceiros e nunca colabora) e dependente (necessita

indispensavelmente de terceiros para substituição funcional, na qual colabora) (Botelho, 2000).

A importância de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa é defendida por inúmeros autores (Ellis & Langhorne, 2004; Rubenstein, 2004; Botelho, 2002; Veríssimo, 2006; Chaibi et al., 2011; Graf et al., 2011; Lihavainen et al., 2012; Tanja et al., 2015), tendo sido confirmado por diversos estudos a sua importância na melhoria da condição geral do utente, na prevenção de recaídas e de complicações, na diminuição do tempo de tratamento e no internamento em lares (Chaibi et al., 2011; Graf et al., 2011; Lihavainen et al., 2012). Num estudo realizado em 2011 por Chaibi e colaboradores, foi analisado o impacto das consultas de avaliação geriátrica nas decisões de tratamento em idosos com problemas oncológicos. De janeiro de 2007 a novembro de 2008, 161 idosos foram observados nas consultas geriátricas, tendo-se verificado que a avaliação geriátrica global ou multidimensional influenciou significativamente e de forma positiva as decisões de tratamento em 82% dos casos.

Também Lihavainen e colaboradores (2012) dedicaram-se a analisar o efeito de uma avaliação multidimensional e de uma intervenção individualizada na mobilidade de 781 pessoas idosas com mais de 75 anos, durante três anos. No final da investigação, os autores puderam comprovar que uma avaliação geriátrica multidimensional e uma intervenção multifatorial individualizada tiveram um efeito positivo sobre a mobilidade, sublinhando a importância desta avaliação na promoção da saúde e prevenção da incapacidade em idosos ($p=0,013$ após a intervenção; $p=0,002$ após um ano pós-intervenção). De referir que o efeito positivo obtido foi ainda mais significativo em pessoas com dor de origem músculo- esquelética.

Tal como foi possível verificar com os resultados obtidos neste estudo tanto na avaliação inicial como nas intervenções os Enfermeiros têm um papel fundamental na avaliação motora e cognitiva desta população, sendo pertinente uma abordagem especializada com aplicação de escalas específicas com o intuito de verificar o grau de dependência e o declínio cognitivo dos utentes, sendo o principal objetivo delinear o plano de intervenção e incidir em estratégias de envelhecimento ativo, sendo primordial a partilha com a equipa multidisciplinar para a decisão dos seus cuidados. Posto isto e tendo em conta o discurso dos profissionais torna-se importante refletir sobre a importância do Enfermeiro especializado em Enfermagem de Reabilitação na equipa multidisciplinar em cuidados de saúde primários, uma vez que é de realçar os seus conhecimentos e capacidades relativas aos fatores abordados anteriormente (Diogo, 2000).

A avaliação funcional do idoso faz parte do cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio que ela pode contar. Assim consideramos que o enfermeiro, inserido numa equipa multidisciplinar, deve assistir ao idoso de maneira

individualizada, levando em consideração as suas limitações físicas, psíquicas e ambientais (Diogo, 2000).

Para Botelho (2005) a utilização de escalas é importante para a prática da enfermagem, uma vez que permite a uniformização do conceito de autonomia; a identificação e eventual correção de fatores de dependência, como a morbilidade física e mental ou o isolamento social; a promoção de atividade física como fator de independência; e a implementação de fatores que ajudam a aquisição de autonomia, como por exemplo, produtos de apoio ou adaptações ambientais.

A Ordem dos Enfermeiros (2009) define ainda que a utilização de escalas de avaliação permitem ao Enfermeiro de reabilitação identificar as áreas de intervenção especializada em pessoas que apresentam limitação da atividade, através da avaliação da funcionalidade aos vários níveis. Só depois da identificação das necessidades de intervenção é que o Enfermeiro de reabilitação pode conceber adequadamente o plano de reeducação funcional e/ou de otimização da função afetada.

Outra temática que foi relatada pelos profissionais foi a intervenção dos três profissionais envolvidos, tendo sido identificadas as categorias procura, natureza do atendimento, natureza da intervenção, reencaminhamento, razões de sinalização, dificuldades de intervenção e avaliação contínua.

Diversos estudos apontam para a possibilidade de as intervenções preventivas realizadas pelos cuidados de saúde primários contribuírem para a diminuição da mortalidade entre os idosos que deles beneficiam e para aumentar a possibilidade de estes continuarem a viver na comunidade (Galvão, 2007).

Considerando o envelhecimento da população previsto para as próximas décadas, o Médico de família deverá estar atento às recomendações a nível nacional e internacional e aproveitar todas as oportunidades para intervir preventivamente neste grupo populacional. As intervenções deverão ser consensualizadas com o doente e a família ou cuidador, quando tal for pertinente, e adaptadas caso a caso, em função do estado de saúde, do grau de autonomia e da esperança média de vida de cada um dos pacientes. Cuidados antecipatórios adequados podem contribuir para melhorar a saúde do idoso e para promover a sua qualidade de vida (Galvão, 2007).

A assistência sistematizada de enfermagem permite-nos identificar os problemas dos idosos de maneira individualizada, planejar, executar e avaliar o atendimento a cada situação. Para tanto, direcionando a assistência para nível de ambulatório, a consulta de enfermagem é uma atividade que atende a estas questões aqui colocadas, por meio da qual o Enfermeiro assume a responsabilidade quanto a ação de enfermagem a ser determinada frente aos problemas detetados e estabelece a sua intervenção (Diogo, 2000).

Assim sendo, durante a consulta de enfermagem, além do levantamento relativo aos dados pessoais, de saúde e da família, inclui-se a *Avaliação das atividades da vida*. Cada atividade deve ser avaliada em termos da função e ação, permitindo a identificação de rotinas anteriores, execução atual e problemas atuais e em potencial do idoso. Após a análise dos dados, os problemas são identificados e escritos (Diogo, 2000).

Na fase de *Intervenção de enfermagem*, o Enfermeiro seleciona e realiza as ações de enfermagem, tendo como objetivos a prevenção de problemas, a promoção de conforto físico e psíquico e a diminuição da dependência do idoso, tornando-o habilitado a procurar ajuda para atender sua responsabilidade para o autocuidado. As intervenções de enfermagem devem contudo, estar centradas nas rotinas do idoso, procurando minimizar os problemas relacionados às AVD. Estão incluídas ainda as ações relativas aos cuidados técnicos como curativos, medicações e outros procedimentos (Diogo, 2000).

A reabilitação geriátrica é uma das faces da Enfermagem geriátrica e gerontológica. A atuação do Enfermeiro na equipa multidisciplinar está centrada no processo educativo com o idoso e dos seus familiares, tendo como finalidade a sua independência funcional, a prevenção de complicações secundárias, sua adaptação e da família à nova situação (Diogo, 2000).

Por meio da assistência de enfermagem sistematizada, o Enfermeiro elabora, executa e avalia o plano assistencial de enfermagem individualizado, respeitando os diferentes estágios da reabilitação em que o idoso pode se encontrar. No entanto é fundamental o seu conhecimento sobre o processo de *senescência* e senilidade, sobre o contexto familiar e social do idoso, respeitando suas limitações e enfatizando seu potencial remanescente e sua capacidade para o autocuidado (Diogo, 2000).

Os Assistentes sociais têm como funções a entrevista social para identificação socioeconómica e familiar (visando a uma atuação preventiva), caracterização da situação de trabalho, e levantamento de expectativas sobre a doença e o seu tratamento, atualização dos recursos sociais (para encaminhamento do atendimento das dificuldades dos utentes e familiares que possam interferir na terapêutica) e desenvolvimento de atividades visando o reencaminhamento. Estes profissionais são normalmente notificados ou notificam situações que carecem de sinalização (Rodrigues, 2000)

Lembrar ainda que cada idoso possui a sua história de vida, diferente de qualquer outra e o que pode significar qualidade de vida para ele pode ser diferente do que pode significar para o profissional da saúde. Assim é importante termos cuidado para não pensarmos e agirmos apenas sobre nossos próprios valores quando assistimos ao idoso (ou ainda outras pessoas). É uma área que requer ainda grande investimento no ensino, na pesquisa e na assistência (Diogo, 2000).

Para os profissionais a frequência de vigilância é um fator importante nesta faixa etária, uma que a doença crónica e dependência está muitas vezes associada e há necessidade de consulta domiciliária (Pereira e Costa, 2007).

Outra categoria referida foi a educação para a saúde, sendo a atuação da enfermagem junto ao idoso deve estar centrada na educação para a saúde, no *cuidar* tendo como base o conhecimento do processo de *senescência* e senilidade e no retorno da capacidade funcional para a realização das suas atividades, com objetivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar sua independência e felicidade (Campedelli, 1983). Tal colocação é a base da assistência de enfermagem na situação de saúde e de doença, assim como direciona as ações de enfermagem num processo de reabilitação que vise o autocuidado. Neste processo, o enfermeiro e demais profissionais envolvidos, devem atuar junto ao idoso e dos seus familiares, apoiando as suas decisões, ajudando-os a aceitar as alterações na imagem corporal quando existentes, num processo educativo e congruente às necessidades individuais (Drench, 1994, cit. por Diogo, 2000). O diagnóstico da doença do idoso pode não ter tanta importância quanto as consequências dele na qualidade de vida do idoso, ou seja, na sua capacidade funcional e na manutenção da independência para as atividades diárias.

Foram também identificados programas de promoção de bem estar, segurança e saúde. Com o crescente aumento de uma população envelhecida, tem-se notado uma maior preocupação com a implementação de programas de atividade física, com o objetivo de alertar a sociedade para a importância do envolvimento social e para a necessidade da criação de hábitos de vida saudáveis, como prática regular de atividade física (Rocha, 2012). No entanto, sabe-se que a maioria dos idosos não tem ou tem muito pouco conhecimento, quanto aos benefícios da atividade física no processo de envelhecimento, e de como podem ser ativos regularmente (Tavares, 2010).

Foi referido também a temática avaliação da intervenção, com as seguintes categorias dados processo, dados resultado e dados de estrutura. Para a última fase, identificada como *Avaliação da assistência de enfermagem prestada*, o critério a ser utilizado é o desempenho do idoso em cada atividade frente ao alcance dos objetivos traçados previamente (Diogo, 2000), dando indicação dos dados relativos aos resultados da intervenção.

A satisfação do doente idoso está relacionada com a quantidade de informação recebida e com a participação ativa no tratamento, sendo esta uma premissa particularmente importante no caso do doente com patologia crónica. Este deve, inclusivamente, dominar certas técnicas para aplicá-las sobre si mesmo, como no caso dos doentes diabéticos insulino tratados (Bezerra, Vianna e Vianna, 2010) A autogestão eficaz é um componente-chave da gestão de doenças crónicas (Wensing et al., 2007).

Envolver os doentes mais velhos no estabelecimento de metas parece ser especialmente importante nas áreas de autocuidado, que exigem mais ajustes comportamentais de estilo de vida, tais como exercício físico e dieta (Heisler, 2007). Torna-se importante evidenciar que a satisfação da pessoa é pertinente para todo o processo e tem resultados melhores e mais eficazes (Heisler, 2007).

O município de Vila Nova de Famalicão apresenta respostas institucionais, do município, de saúde, não institucionais e religiosas que foram referidas pelos profissionais entrevistados.

A Segurança Social tem ao seu dispor, com a ajuda de iniciativas particulares como as Misericórdias, Institutos Particulares de Solidariedade Social (IPSS), várias respostas sociais que visam responder às necessidades da população idosa.

Para Apelles (2011) são várias as estruturas com missões que visam o apoio da pessoa idosa sob vários formatos, com o objetivo de promover a sua autonomia, favorecendo a sua permanência no seu domicílio e no seu meio sociocultural.

Para Pimentel (2001) dada a cronicidade das doenças e a necessidade de cuidados de longa duração, torna-se indispensável a existência de uma rede social de apoio. Dessas estruturas, em Portugal existem: lares, Centros de dia, Centros de noite e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), entre outros não institucionais.

Por último foram realizadas propostas por todos os profissionais que abrangeram o trabalho em rede, apoios diversificados e melhoria de infraestruturas, assim como algumas estratégias e inovação para as mudanças nas políticas de assistência, tais como o serviço motivacional domiciliário, novas estratégias (atividades direcionadas para os gostos dos idosos, articulação intergeracional, preparação da reforma, atividades em grupo e formações), vigilância das doenças mentais, conciliação da vida familiar e profissional, melhorar o apoio económico para esta faixa etária e as formações de populações específicas.

Segundo Menoita et al. (2012), a Reabilitação, enquanto processo educativo, tem de ser dinâmica, contínua e progressiva, e deve ter como objetivos a recuperação funcional da pessoa, a sua reintegração na família e na comunidade. A mesma autora refere que a reabilitação tem como objetivo melhorar ou substituir a função e limitar o impacto da incapacidade. Para Hoeman (2011), Enfermagem de Reabilitação, é um processo criativo que se inicia nos cuidados de prevenção primária, no primeiro estadio da doença ou acidente (prevenção secundária) e continua na fase de recuperação, implicando uma adaptação de todo o ser a uma nova vida (prevenção terciária). Segundo a mesma autora, a enfermagem de reabilitação segue os seguintes pressupostos, dirigidos à pessoa cuidada: *“definir objetivos para níveis máximos de interdependência funcional e atividades de vida diária; promover o autocuidado, prevenir complicações e posterior*

deficiência; reforçar comportamentos de adaptação positiva; assegurar a acessibilidade e a continuidade de serviços e cuidados; advogar uma qualidade de vida ótima; melhorar os resultados esperados; contribuir para reformas no carácter, estrutura e prestação de cuidados nos serviços de saúde” (Hoeman, 2011, p.3).

Assim, o conhecimento profundo e especializado do Enfermeiro de reabilitação permite-lhe adotar eficazmente a perspetiva holística do cuidado, considerando a pessoa, a família e o ambiente como partes integrantes e indissociáveis dos seus processos de decisão. A promoção para o autocuidado representa uma área de excelência do Enfermeiro de reabilitação, com ganhos em saúde bem visíveis no que respeita à promoção da autonomia, ao planeamento das altas, à continuidade de cuidados e à plena reintegração na comunidade (Regulamento n.º 125/2011).

Desta forma, envelhecer com saúde e com autonomia, durante mais tempo possível, constitui um desafio que apela à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento socioeconómico dos países, uma vez que com o avanço da idade, muitas são as doenças que podem condicionar a qualidade de vida das pessoas. A enfermagem de reabilitação *“é então um processo criativo que começa com cuidados preventivos imediatos, no estadio inicial do acidente ou da doença. Continua ao longo da fase restauradora dos cuidados e envolve a adaptação da Pessoa como um todo ao novo estilo de vida”* (Hoeman, 2011, p.1). Os valores da reabilitação devem ser essenciais para o cuidado, mesmo na ausência da deficiência física e das suas incapacidades, surgindo assim um paradigma particularmente preventivo e educativo.

Neste sentido, a reabilitação implica, de uma forma geral, a existência de um processo específico para cada pessoa, onde cada um aprende a lidar com o seu processo de reabilitação e ao mesmo tempo a ser interventivo; delineando e modificando o seu projeto de saúde. Implica também a prevenção de lesões, adaptação às limitações funcionais e deficiências dando ênfase à promoção da saúde e qualidade de vida nas populações de todas as idades (Hesbeen, 2003).

Conforme salienta Brumell-Smith (1997, cit. por Diogo, 2000), o processo de reabilitação do idoso geralmente não é o mesmo quando comparado a uma pessoa jovem com o mesmo diagnóstico. As etapas são as mesmas, embora certos aspetos destas sejam diferentes quando trata-se de uma pessoa idosa.

A autora, refere os seguintes passos da reabilitação, tais como estabilizar o problema primário e prevenir complicações secundárias - pode ser muitas vezes uma tarefa difícil com o idoso, frente a presença de múltiplas afeções; à medida que se envelhece, aparecem as doenças crónicas, caracterizadas principalmente pela hipertensão arterial, vasculopatias, artropatias, diabetes, entre outras, as quais podem desencadear limitações funcionais (Ring, 1994, cit. por Diogo, 2000); restaurar a função perdida - embora a causa da perda de uma determinada função possa nunca ser resolvida, o idoso

pode adquirir maior independência total ou parcial, compatível com seu estilo de vida; com o decorrer do processo de envelhecimento as funções corporais vão se alterando, podendo levar a um comprometimento da capacidade funcional, ou seja, do desempenho funcional para as atividades básicas e diárias (Ring, 1994, cit. por Diogo, 2000); promover adaptação da pessoa ao seu ambiente - os idosos muitas vezes apresentam dificuldade para aceitar a possibilidade de viver com uma incapacidade; nesta idade é comum ocorrer acentuação das características e crenças pessoais, étnicas, as quais influenciam os eventos da vida diária, inclusive a funcionalidade (Ring, 1994, cit. por Diogo, 2000); adaptar o ambiente à pessoa - o processo de adaptação pode envolver alterações no ambiente nem sempre fáceis de serem realizadas frente a escassez de recursos financeiros e de apoio familiar; promover adaptação familiar - um dos principais sistemas de apoio ao idoso é a família, verificado por Diogo (1990); Cavalcanti (1991) e Diogo et al. (1994) (cit. por Diogo, 2000).

A reintegração de um jovem é muito diferente a do idoso, pois o jovem tem à sua frente uma função social mais claramente definida quando comparada ao idoso e de maior importância na sociedade. Embora a tendência atual seja de mudar este cenário, a reabilitação do idoso sofre a influência de vários preconceitos sociais, vinculados à fragilidade física, à presença de incapacidades funcionais, à incapacidade de aprendizagem e ao *peso* social decorrente da sua improdutividade (Diogo & Campedelli, 1992; Diogo, 1997, cit. por Diogo, 2000).

Pouco é investido na reabilitação do idoso, o que leva muitas vezes a uma *acomodação* por parte do idoso e a uma aceitação no sentido de resignação, por pensar que realmente já tenha cumprido seu papel social, não restando nada a fazer a não ser ajudar os membros da família na medida do possível e não atrapalhar a rotina diária. A família do idoso, principalmente daquele fragilizado e dependente, na maioria das vezes procura soluções entre os seus membros e possíveis adequações do contexto, visando o atendimento das suas necessidades. Ainda tentam alternativas de suporte social para o apoio no domicílio, numa tentativa de mantê-lo no seu ambiente, na sua comunidade, antes de pensar em institucionalizá-lo (Diogo & Campedelli, 1992; Diogo, 1997, cit. por Diogo, 2000).

Entre os princípios para a reabilitação geriátrica bem-sucedida podemos destacar que é um processo no qual o cuidado é baseado na compreensão de que devem estar incorporados os parâmetros físico, emocional e social do idoso; a atuação da equipa multidisciplinar em relação a cada membro e interdisciplinar no processo; a ênfase na função a ser restaurada e nas funções remanescentes que necessitam ser modificadas e fortalecidas; é um processo fundamentalmente educativo (Diogo, 2000). Depois da análise do modelo assistencial aos idosos é passível de referir a pertinência e necessidade da enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários em específico nas unidades de saúde familiares, onde foi realizado este estudo, devido a todas as exigências relatadas

pelos profissionais e com vista a um envelhecimento ativo, com base na promoção da saúde e prevenção de doença.

CONCLUSÃO

Neste momento iremos refletir, sobre as conclusões do estudo e do conseguido neste percurso que passamos a apresentar. Continuadamente e sempre que entendermos adequado, iremos referenciar as implicações dos resultados para a prática do Enfermeiro de Reabilitação, assim como para a formação e para a investigação em enfermagem.

Ao decidir avançar no estudo fizemo-lo conscientes de que seria útil e relevante, se nos detivéssemos em aspetos importantes para o exercício da reabilitação e assim o fizemos, focados nas competências do Enfermeiro de Reabilitação no que diz respeito a esta faixa etária que são os idosos e no envelhecimento ativo.

Aceitamos o desafio do estudo, acreditando que viesse a contribuir para uma melhor compreensão do contributo dos Enfermeiros de Reabilitação na equipa multidisciplinar nos cuidados de saúde primários, nas unidades de saúde familiares com o objetivo de providenciar melhores cuidados nesta faixa etária.

Da pesquisa bibliográfica orientada para a fundamentação da temática, reconhecemos a pertinência e a atualidade das nossas preocupações, permitindo-nos centrar o nosso foco de atenção. Investimento que ajudou a consolidar a necessidade de explorar o fenómeno do modelo assistencial num ACES, o contributo da enfermagem de reabilitação na equipa multidisciplinar e a problemática que rodeia.

Prosseguindo com as questões do método, dizemos que ao enveredar pela perspetiva qualitativa, vislumbraram-se oportunidades, referindo agora, que nos possibilitou compreender com maior profundidade o fenómeno. A perspetiva qualitativa que se relevou ajustada, permitiu aceder aos significados dos profissionais de saúde e sociais sobre o modelo assistencial ao idoso nas unidades de saúde familiares. Neste sentido passamos a descrever algumas conclusões de acordo com os objetivos que nos propusemos para este estudo.

De acordo com o abordado no estudo foi perceptível que o modelo assistencial para os mais de 65 anos existente no ACES de Vila Nova de Famalicão abrange fatores relacionados com a tentativa de estratégias predisponentes a uma prática de cuidados que tenha o envelhecimento ativo como foco principal.

Os objetivos deste estudo tinham por base compreender o modelo assistencial dos idosos no município de Vila Nova de Famalicão, sendo que o modelo assistencial a que chegamos tem por base o idoso e a perspetiva dos profissionais do idoso, todo o processo

de assistência, sendo valorizado a necessidade de avaliação e intervenção multidisciplinar, com partilha de informação, tendo também por base a educação para a saúde e os programas para os idosos, assim como a avaliação das intervenções. A continuidade assistencial, tais como as respostas sociais foram também evidenciadas e os progressos numa lógica de melhoria está também presente neste modelo.

Outro objetivo passava por analisar a perceção dos profissionais sobre as condições das pessoas com mais de 65 anos, sendo perceptível que os profissionais têm em conta as condições e o meio envolvente dos utentes, sendo de valorizar a promoção de um comportamento dirigido para o envelhecimento ativo, tendo em conta o idoso em si e tudo o que o envolve.

Por último, seria identificar determinantes que sustentem uma política para mudança de comportamento no sentido de um envelhecimento saudável ativo e interventivo, pelo que ao longo do estudo foi notória a preocupação dos profissionais de saúde e da área social em desenvolverem práticas conducentes a um envelhecimento ativo, sendo verificado que de uma forma não moldada e estruturada, tendo sido evidenciado a necessidade de melhorias no trabalho em rede, de apoio diversificado, de melhorar infraestruturas e das políticas assistenciais. Foi também notória a necessidade de enfermagem de reabilitação na equipa multidisciplinar, por todas as necessidades e exigências dos idosos e tendo em conta a reflexão das competências do enfermeiro de reabilitação na área gerontológica.

Emergiu dos discursos algumas falhas na partilha de informação, uma vez que se verifica que tanto na avaliação inicial como no processo de intervenção há repetição de dados que podiam ser mais especificamente colhidos e trabalhados por profissionais se houvesse uma maior e melhor partilha entre a equipa multidisciplinar.

A avaliação multidisciplinar nesta faixa etária foca principalmente fatores relacionados com as capacidades motoras, cognitivas e de apoio social, porém é notória que a avaliação da dependência deve ser focalizada mais pormenorizadamente naquela pessoa e que uma avaliação especializada numa fase inicial com o intuito de partilhar com a equipa um plano específico para cada utente era uma mais valia num modelo assistencial aos mais de 65 anos.

Na nossa perspetiva este estudo apresenta uma limitação no que se refere à amostra, uma vez que para um estudo qualitativo a amostra é grande e abrange diferentes classes de profissionais, sendo por vezes difícil a análise de alguns resultados obtidos. A confrontação com a complexidade de informação, a sua organização e esquematização, foi sem dúvida a fase mais delicada, de certo modo geradora de ansiedade, incluindo pelo estado de alerta contínuo que a fase exigia, atendendo à necessidade de promover o rigor preconizado, contudo gradativamente superadas.

Admitimos que o tempo do investigador foi bastante perturbado pela conciliação com as atividades de vida profissional e da vida familiar, que aliado à sua inexperiência como investigadora, foram sem dúvida fatores de dificuldade, mesmo na limitação do tempo para a conclusão.

Sabemos da dificuldade de um estudo desta natureza, face à ampliação dos resultados, dada a heterogeneidade do mundo social dos grupos de profissionais entrevistados, pensamos que o mesmo contribui para a finalidade a que se propôs, ao permitir-se investigar e agora descrever a articulação entre a área social e de saúde e as suas implicações na qualidade de vida dos maiores de 65 anos num ambiente sustentável, amigável e com segurança em meio familiar ou institucional.

O estudo tem como potencialidade contribuir para a reflexão sobre o crescente número de pessoas com mais de 65 anos, contribuir para a reflexão sobre a necessidade de um modelo específico para esta população com vista a um envelhecimento ativo, demonstrar que é possível a sua utilização no contexto comunitário e na realidade do nosso país e contribuir para a valorização do Enfermeiro de Reabilitação para esta população e neste contexto.

Gostaríamos de sugerir um estudo quantitativo para validação do modelo em uso.

Cabe referir ainda, a nossa intenção de proceder à divulgação do estudo e dos seus resultados, dando veracidade ao compromisso de partida e chegada de um investigador perante a comunidade científica, a própria evolução das práticas em enfermagem de reabilitação no âmbito do apoio assistencial aos idosos e a própria filosofia norteadora do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Assinalamos a agradável sensação de ter chegado ao fim deste compromisso. No geral, acreditamos ter atingido com sucesso os objetivos a que nos propusemos, apesar das limitações expressas e outras naturalmente implícitas aos processos de aprendizagem, em percursos desta natureza. Sem dúvida, todas foram de enriquecimento pessoal e profissional, inesquecíveis.

Terminado este estudo, sentimos que apenas é parte do resultado, pois, a mobilização do conhecimento e o potencial ganho já se tornou evidente na vida da investigadora, como pessoa, enfermeira, enfermeira que quis investigar na formação em investigação, e como profissional de saúde, sobretudo pelo que fazemos e não refletimos na importância de assistência multidisciplinar aos idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, M. A., SÁNCHEZ, L. E., & MARTINEZ, B. A. - Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT. Salamanca, Publicaciones del INICO. 2009.

ABUHAB D.; Santos A.B.A.P.; MESSEMBERG C.B.; Fonseca R.M.G.S.; Aranha e Silva A.L. - O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, vol.26, nº 3 (2005), p.369-80.

ABREU, Wilson C. - **Transições e Contextos Multiculturais- Contributos para a Anamnese e Recurso aos Cuidadores Informais.** 2ªedição. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda., 2011. ISBN 978-989-8269-13-3.

ALMEIDA, Lúcio Meneses de - **Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Prevenção em saúde. VOL. 23, nº1 (2005).**

ALMEIDA, M. - Envelhecimento: Ativo? Bem-sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise. In **Forúm sociológico**, nº17 (2007), p.17-24.

ALMEIDA, Mariana Coimbra Ferreira - **Promoção da Saúde depois dos 65 anos Elementos para uma política integrada de envelhecimento.** [Em linha] Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2009. Dissertação de Doutoramento [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: <URL: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/4307/1/RUN%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Mariana%20Almeida.pdf>>.

ALMEIDA, A - **A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência: estudo exploratório no contexto domiciliár.** Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, 2009. Dissertação de Mestrado.

ALVES, Fernando João Rodrigues Moreira - **O contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com dependência em contexto de cuidados de saúde primários.** Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012.

ALVES, Susana - **O Enfermeiro enquanto promotor da saúde da pessoa em situação de risco de Hepatite B, para a vacinação.** Escola Superior de Santarém, 2017.

APELLES, J.B. Conceição - **Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social.** Almedina, 2011.

ARAUJO, E. N. P. - **Práticas psicogerontológicas nos cuidados de idosos**. 1ª ed. Curitiba: Editora Juruá, 2012.

BALLESTEROS, S. - **Gerontologia**. Un saber multidisciplinar. Madrid: Ed. Universitas. 2004.

BALLESTEROS S.; PRIETO, A.; MAYAS, J.; TORIL, P.; PITA, C.; PONCE DE LEÓN, L.; REALESJ.M. e WATERWORTH, J. - Brain training with non-action video games enhances aspects of cognition in older adults - a randomized controlled trial. In: **Front. Aging Neuroscience**, 2014. Vol.6, p. 277.

BALSINHA, Maria da Conceição; GONÇALVES-PEREIRA, Manuel - A avaliação do paciente idoso em Medicina Geral e Familiar: desafios e oportunidades. **Rev Port Med Geral Fam**. Vol.30 (2014), P.196-201.

BALTES, P. & SMITH, J. - New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Geontologist*, Vol. 49 (2003), p. 123-135.

BANDEIRA, M. L., AZEVEDO, A., GOMES, C. S.; TOMÉ, L. P.; MENDES, M. F., GUARDADO MOREIRA, M. J.; BATISTA, I. - Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa, 1950-2011. **Evolução e Perspectivas**. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Dezembro, Lisboa, 2014. ISBN 978-989-8662-50-7.

BASS, S. A. - Toward an integrative theory of social gerontology. In BENGSTON, V. L.; GANS, D.; PUTNEY, N. M., & SILVERSTEIN, M. - **Handbook of theories of aging**. New York: Springer Publishing Company, 2009.

BARDIN, L. - **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70 (2009). ISBN 9789724415062.

BARRETO, J. - Aspetos psicológicos do envelhecimento. In **Psicologa**, Vol.vi (1988).

BESSA, M.D. - **Trajetórias profissionais: Influências na reforma**. [Em linha] Instituto Superior de Serviço Social do Porto, 2015. Dissertação de Mestrado Publicada. [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10545>>.

BERLEZI, E. M., EICKHOFF, H. M., OLIVEIRA, K. R. de, DALLEPIANE, L. B., PERLINI, N. M. O. G., MAFALDA, A., & BUENO, C. - **Programa de atenção ao idoso: relato de um modelo assistencial**. Florianópolis (SC): **Texto e Contexto-Enfermagem**. [EM LINHA] Vol.20, nº2, p.368-375. [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a16v20n2.pdf>>.

BICALHO, Lucinéia Maria; OLIVEIRA, Marlene - **Aspetos conceituais da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade e a pesquisa em ciência da informação**. **Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**. ISSN 1518-2924. DOI: 10.5007/1518-2924.2011, vol. 16, n. 32 (2011), p. 1-26.

BISCAIA, André; Amorim, Ana - **A essência das unidades de saúde familiar**. USF-Modelo Positivo do Presente e para o Futuro. Lisboa, 2013.

BICUDO, M. - Envelhecer saudável! Como contribui a enfermagem?... Comunicação apresentada na 9ª Internacional Conference of Nursing Research Research. Investigating For a Better Care. Lisboa, 2013.

BONFIM, William Silva - Conceito que precisa de ser aprofundado. **Rede de Educação Cidada**. 2007.

BOTELHO - Idade avançada: Características biológicas e multimorbilidade. **Rev Port Clin Geral**. Vol.23 (12007), p.91-195.

BOTELHO - Efeitos da Prática de Actividade Física sobre a Aptidão Física de Adultos Idosos. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Porto, 2002.

BOTELHO - **Autonomia funcional em idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano**. Porto: Edições Bial, 2002.

BRADEN, B., BERGSTROM, N. - A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. **Rehabilitation Nursing**, Vol.12, nº.1 (1987), p.8-12.

BRINK, J.J. - Assistência ao idoso; aspetos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro. Editora Guanabara.

BRITO, Maria Alice Correia de - **A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado**. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Porto, 2012.

BRUMMEL-SMITH M. D. Kenneth - Geriatrics in Managed Care: A Call for Papers. **Journal of the American Geriatrics Society**, Vol.45 1997.

BRUMMEL-SMITH, K. Rehabilitation. In: HAM, R.J.; SLOANE, P.D. - **Primary care geriatrics - case - based approach**. 3ed. New York: Mosby, 1997. Cap. 11, p. 139-152.

BUSS P. M. - Uma introdução ao conceito de promoção da saúde, p. 15-38. In CZERESNIA, C. & FREITAS, C. M. (orgs.). **Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

CABRAL, M., FERREIRA, P. SILVA, P., JERÓNIMO, P. & MARQUES, T. - **Processos de envelhecimento em Portugal - usos do tempo, redes sociais e condições de vida**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013.

CACIOPPO, J. T., HAWKLEY, L. C., & THISTED, R. A. - Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the

Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, Vol.25 (2010), 453-463.

CAETANO, A. - **As relações de vizinhança nas redes de suporte social dos residentes no Bairro de Santiago em Aveiro.** [EM LINHA] Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga. [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL: http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/218/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20mestrado%20PC_FIS%20Ana%20Paula%20Caetano.pdf.>

CAMPOS, M. O., MACIEL, M. G., Rodrigues Neto, J. F. Atividade física insuficiente: fatores associados e qualidade de vida. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*, Vol. 17, nº.6 (2012), p.562-572.

CARBONNELLE, S. (COORD.) - **Penser les vieilleses**. Paris: Selin Arslan Ed., 2010.

CARVALHO, J. - **O Homem Portador de Carcinoma da Próstata. Uma Transição no Masculino.** 1ª ed. Loures: Lusociência, 2012. ISBN: 978-972-8930-73-8.

CARVALHO, Maria Irene de - **Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social.** ISBN: 9789898218780. Coisas de LerIdioma: Português, 2012.

CASTRO, A. E. - **Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados.** Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, 2011, p. 1-74.

CASTRO, Liliana Leal De - **Avaliação psicogeriatrica na quarta idade.** Dissertação de Mestrado. Universidade Católica do Porto, 2012.

CASTRO, S. F. F. de, & BARROS JÚNIOR, F. O. - Atenção à Saúde do Idoso: o pensar e o fazer Políticas Públicas. *Revista Kairós Gerontologia*, 19 (Número Especial 22, “Envelhecimento e Velhice”), 2016. ISSN: 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, p. 270-294.

CERTO, Ana; SANCHEZ, Kleiver; GALVÃO, Ana; FERNANDES, Helder - A síndrome da fragilidade nos idosos: revisão da literatura. *Actas de Gerontologia*. ISSN: 2182-9314, Vol.2, nº. 1 (2016).

CHAIBI, et al. - Influence of geriatric consultation with comprehensive geriatric assessment on final therapeutic decision in elderly cancer patients. *Crit Ver Oncol Hematol*. Vol.79, nº.3 (2011), p.302-307.

CLARKE L.H., BENNETT E. V., KOROTCHENKO A. - Negotiating vulnerabilities: how older adults with multiple chronic conditions interact with physicians. *Can J aging*. Vol. 33, nº1 (2014), p.26-37.

COMISSÃO ECONÓMICA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EUROPA (UNECE) - **Terceiro ciclo de revisão e avaliação da estratégia de implementação regional (RIS) do plano internacional de ação de Madrid sobre o envelhecimento (MIPAA).** 2017.

COSTA, A. - **Cuidar idosos: Formação, práticas e competências dos Enfermeiros**. Lisboa: Formasau, 2002.

COSTA, R. - Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. Barbacena: **Revista Mental**. Vol.5, nº.8 (2007).

COSTA M., ROCHA L., OLIVEIRA S. - Educação em saúde: estratégia de promoção da qualidade de vida na terceira idade. **Revista Lusófona de Educação**. Vol.22 (2012), p.123-140.

CRUZ, MOORE & CROSS - Clinical reasoning and patient-centred care in musculoskeletal physiotherapy in Portugal- a qualitative study. **Man Ther**. Vol.17, nº.3 (2012), p.246-50.

Czeresnia, Dina - O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA D.; FREITAS C.M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

Dadkhah, B - Prayer association with depression in medical students. **Teb va Tazkiyeh**, Vol. 18, nº. 3-4 (2009), p. 23-29.

DARNTON-HILL; NISHIDA, C.; JAMES, W.P.T. - A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. **Public Health Nutrition**: Vol. 7, nº1ª (2004), p. 101-121.

DEALEY, C. - **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. São Paulo: Atheneu, 1996.

DEBERT, G. - Metamorfoses da Velhice. In: BOTELHO, A., & SCHWARCZ, L. M. (Orgs.). **Agenda Brasileira: temas de uma sociedade em mudança**, 2011. São Paulo, SP: Companhia das Letras.

DESALVO, et al. - Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question - A Meta-Analysis. **J Gen Intern Med.**, Vol.20 (2006), p.267-275.

DELISA, J. Gans, B. - **Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática**. 3ª edição. S. Paulo: Editora Manole, 2002.

DIAS, G., & MENDES, R. - **Atividade física para a terceira idade**. Coimbra: Escola Superior de Educação de Coimbra, 2013.

DIAS, G., MENDES, R., SERRA e SILVA, P., & BANQUINHO, M.A. - **Envelhecimento activo e actividade física**. Coimbra: Escola Superior de Educação de Coimbra, 2014.

DIOGO M.J.; CAMPEDELLI M.C. - The patient undergoing amputation of the lower limbs and the changes in activities of daily living. **Rev Paul Enferm.**, Vol.11, nº2 (1992), p.92-9.

DIOGO, M.J.D'E. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Rev.latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto, vol. 8,nº. 1 (2000), p. 75-81.

DIREÇÃO - GERAL DE SAÚDE - **Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas idosas.** [Em linha] 2004 [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL:<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>>.

DIREÇÃO - GERAL DE SAÚDE - **Estudo de satisfação dos utentes do sistema de saúde português- Relatório elaborado pelo Departamento da Qualidade na Saúde.** [Em linha]. 2015 [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL: [DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Proteção Social - Pessoas Idosas.** 2018.](https://www.google.pt/search?client=firefox-b&dc=0&ei=2w9MWuTEI8KqUenNr5gN&q=avalia%C3%A7%C3%A3o+de+resultado+em+saude+satisfa%C3%A7%C3%A3o&oq=avalia%C3%A7%C3%A3o+de+resultado+em+saude+satisfa%C3%A7%C3%A3o&gs_l=psy-ab.3...20549.25114.0.25380.13.13.0.0.0.0.190.1649.1j12.13.0....0...1c.1.64.psy-ab..0.11.1423...33i22i29i30k1j33i160k1.0.OWTWeYrOBNI>.</p></div><div data-bbox=)

DONABEDIAN, A. - The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**, vol.I. Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. - The Quality of Care - How Can it be Assessed?. In **JAMA**. Vol.260, nº.12 (1988), p.1743-1748.

DONABEDIAN, A. - The Seven Pillars of Quality. In **Arch. Pathol. Lab. Med.**, Vol.114 (1990), p.1115-1118.

DONABEDIAN, A. - The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. In **QRB**. Vol.18 (1992), p. 356-360.

DONABEDIAN, A. - Continuity and Change in the Quest for Quality. In **Clinical Performance and Quality in Health Care**. Vol. 1, nº.1 (1993), p. 9-16.

DONABEDIAN, A. - **A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde.** Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

DIREÇÃO - GERAL DE SAÚDE - **Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Perfil de Saúde em Portugal.** [Em linha]. 2012 [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Perfil_Saude_2013-01-17.pdf.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.** Lisboa, 2006.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025.** 2017.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira - **O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso.** 2001.

DUARTE, F.C.D. - O papel do Enfermeiro em contexto de cuidados dos cuidados domiciliários: revisão sistemática. **Revista de investigação em enfermagem**, Vol. 16 (2007), p.11-23.

DURÃO, Vera Sofia Graça Tiago - **Educação para a Saúde como Estratégia para a Promoção do Envelhecimento Saudável**. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Santarém, 2014.

ELIAS, N. - **A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer**. Plínio Dentzien, Trad. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2001.

ELLIS, et al. - Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. **Cochrane Database Syst. Rev.** Vol.6, nº.7 (2011).

ELSA WY & HIGGINS - The Geriatric Assessment. **Am Fam Physician**. Vol.83, nº.1 (2011), p.48-56.

FALEIROS, Vicente de Paula - Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. **R. Katál., Florianópolis**, Vol. 16, nº. esp. (2013), p. 83-91.

FARIA, L.; SILVA, E. B. - **As novas demandas da atenção à saúde: estamos preparados para mudanças na formação profissional?** Fisioterapia Brasil, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 2 (2013), p. 86-92.

FERRIGNO, José Carlos. **Coeducação entre gerações**. 2. ed. São Paulo: Edições Sesc-SP, 2010.

FONSECA, A. M. - **O envelhecimento, uma abordagem psicológica**. 2ªed. Lisboa: UC Campus do Saber, 2006.

FERRARIO, C., FREEMAN, F., NELLER, G. & SCHEEL, J. - Chaging nursing students`attitudes about aging paradigm. **Educational Gerontology**, Vol. 34 (2008), p.51-66.

FONSECA, A.M. - **Reforma e reformados**. Coimbra: Almedina, 2011.

FONSECA, A.M. - Aspectos Psicológicos da “Passagem à Reforma”: um estudo qualitativo com reformados portugueses. In **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi, 2005. p. 45-73

FONTES - **Dependência dos Idosos nas Atividades de Vida Diária**. Monografia de Licenciatura em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2007.

FORTIN, Marie - Fabienne - **O processo de investigação. Da Concepção à Realização**. Loures: Lusodidacta, 2000. ISBN 978989807518-5.

FOTIN, Marie - Fabienne; CÔTE, José; FILION, Françoise - **Fundamentos e Etapas do Processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 9789728383107.

FRAZÃO, Anabela Cordeiro Ferreira - **Vidas de idosos. Reviver o passado para construir um futuro mais ativo. O caso de três idosos.** Dissertação de mestrado. Escola Superior de Educação e ciências sociais. Leiria, 2016.

FREITAS, E. V. et al. - **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FREITAS, P. - **Solidão em idosos - percepção em função da rede social.** [Em linha] Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Ciências Sociais. Braga, 2011 [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8364/1/SOLID%C3%83O%20EM%20IDOSOS.pdf> >f>.

FRIED, L.P., TANGEN, C.M., WALSTON, J., NEWMAN, A.B., HIRSCH, C., GOTTDIENER, J.- Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Scie Med S*, Vol.56, n.º3 (2001), p. 146-56.

GALVÃO, Cristina - Actividades preventivas no idoso. *Rev Port Clin Geral.* Vol. 22 (2006), p.731-7.

GARCIA, V. - **A Visão Interdisciplinar e Multidisciplinar dos Profissionais na Área da Saúde.** Brasil: World Gate, 2007.

GARCIA, M.; JIMÉNEZ, J. - Trabajo social gerontológico. Aportaciones del trabajo social a la gerontologia. In M.Garcia (Ed.). **Trabajo Social en Gerontologia.** Madrid: Síntesis, p. 41-74.

GAVAN, C. - Successful aging families: A challenge for nurses. *Holistic Nursing Practice*, Vol.17, n.º.1 (2013), p. 11-18.

GEIS, P.P. - **Atividade física e saúde na terceira idade - teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

GEIS, P.P., & RUBI, M.C. - **Terceira idade: Actividades criativas e recursos práticos.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. — Genética y prevención cuaternaria : el ejemplo de la hemocromatosis. *Atención Primaria*, Vol. 32, n.º. 3 (2003), p. 158-162.

GHIGLIONE, R. y MATALAN, B. - **O inquérito, teoria e prática.** Oeiras: Celta, 2001.

GOMES, Sérgio Francisco da Costa - **Gerontologia e psicossociologia do envelhecimento. Intervenção social da terceira idade.** Faculdade de ciências humanas e sociais. Porto, 2007.

GOMES, Clara Catarina Vieira - **"Envelhecer: ser e estar" - Projeto de intervenção num lar de idosos.** Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação. Porto, 2014.

GONÇALVES, C. - **Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados.** Psicologia.pt: O portal dos psicólogos, 2012, p. 1-18.

GRAF, et al. - Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the Emergency Department: a systematic review. **Aging Clinical and Experimental Research.** Vol. 23, nº.4 (2011), p.244-254.

GUEUDEVILLE, R. - **Avaliação da comunicação entre a equipe Multidisciplinar e do tempo de permanência na UTI, após a introdução do formulário de objetivos diários.** Dissertação da Universidade Federal de Santa Catarina. 2007.

GUILLEMARD, A., M. - **Les défis du vieillissement.** 2 ed. Paris: Armand Colin, 2010.

GUIMARÃES, R. M. - **Envelhecer com Qualidade.** Lisboa: Coisas de Ler , 2010.

HEISLER M., COLE I., WEIR D., KERR E.A., HAYWARD R.A. - Does physician communication influence older patients' diabetes self-management and glycemic control? Results from the health and retirement study (HRS). **J Gerontol.** Vol.62, nº12 (2007), p.1435-42.

HOEMAN, Shirley P. - **Enfermagem de Reabilitação Prevenção, intervenção e resultados esperados.** Lusodidacta, 2011. ISBN: 9789898075314.

HOOKE, A.P., & ZOLLER, M. B. - **Active older adults in the YMCA: A resource manual.** Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers, 1992.

HAWKLEY, L. C., MASI, C. M., BERRY, J. D., & CACIOPPO, J. T. - Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. **Psychology and Aging,** Vol.21 (2006), 152-164.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **O envelhecimento em Portugal.** Madrid, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Saúde e Incapacidades em Portugal 2011.** ISBN 978-989-96107-2-9.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA, INE - **Censos 2011. Resultados Definitivos - Portugal.** INE: Lisboa, Portugal, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA, INE - **Projeções de população residente 2012-2060.** [Em linha]. 2014 [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL: file:///C:/Users/pedro/Downloads/28ProjPopResidPortugal2012-2060.pdf>.

IRVINE, A.B., GELLAT, V.A., SEELEY, J.R., MACFARLANE,P., & GAU, J.M. (2013). Web-based Intervention to promote physical activity by sedentary older adults: Randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research,** Vol.15, nº2 (2013), p.1-19.

KABA R., SOORIAKUMARAN P. - The evolution of the doctor-patient relationship. **Int J Surg.** Vol.5, nº1 (2007), p.57-65.

KAWASHIMA, R. - **Train your brain - 60 Days to a Better Brain**. Teaneck NJ: Kumon Publishing North America, Inc. 2005.

JAMOULLE, M., et al. — **Working fields and prevention domains in general practice/family medicine (Draft version 0.6)** [Em linha]. Actual. 18 Set. 2000. [consultado em 01-12-2017] Disponível em <http://docpatient.net/mj/prev.html>.

JURGES, et al. - Are different measures of self-rated health comparable? **An assessment in five European countries**. *Eur J Epidemiol*, Vol. 23 (2014), p. 773-781.

LAUDER, William; SHARKEY, Siobhan; MUMMERY, Kerry - **A community survey of loneliness**. *Nursing and health care management and policy* (2004).

LIMA, T. J. V. de, ARCIERI, R. M., GARBIN, C. A. S., & MOIMAZ, S. A. das S. - **Humanização na atenção à saúde do idoso**. [Em linha] São Paulo, SP: *Revista Saúde e Sociedade*, Vol.19, nº4 (2010), p. 866-877 [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400013.

LIMA, M. P. - **Envelhecimento (s), Estado de Arte**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010.

LIHAVAINEN, et al. - Effects of comprehensive geriatric intervention on physical performance among people aged 75 years and over. **Aging Clinical and Experimental Research**. Vol. 24, nº4 (2012), p. 331-338.

LOURENÇO, Roberto Alves, MARTINS, Cláudia de Souza Ferreira, SANCHEZ Maria Angélica S., VERAS, Renato Peixoto - Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**, vol.39, nº. 2 (2005) São Paulo.

MACEDO, C., GAZZOLA, M. & NAJAS, M. - Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Vol. 33, nº.3 (2008), p. 177-84.

MALLMANN, Danielli Gavião; NETO, Nelson Miguel Galindo; SOUSA, Josueida de Carvalho; VASCONCELOS, Eliane Maria Ribeiro de - Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. Universidade Federal de Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 20, nº 6 (2015), p.1763-1772.

MATSUDO, et al. - Actividade física e envelhecimento. Aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. Vol. 7, Nº1 (2001), p. 2-13.

MATOS, E.; PIRES, D.; CAMPOS, G. - Relações de Trabalho em Equipes Interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**, Vol.62, nº6 (2009).

MARTINS, Maria Manuela; MARTINHO, Júlia; NOGUEIRA, Nilza; ARAÚJO, Fátima; MARQUES; Paulo; SANTOS, Reis - **Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional**. **Relatório**. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, 2018.

MARTINS, Rosa Maria Lopes - Envelhecimento e políticas sociais. **Millenium - Revista do ISPV** n.º 32 , Fevereiro de 2006.

MARRANO, M. N. O., & SIMÕES, M. V. - **O significado de envelhecer no discurso dos idosos descendentes de imigrantes italianos**. [Em linha] São Paulo, SP: Unimep Biblioteca Digital. 2006 [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL: <https://www.unimep.br/phpg/bibdig/aluno/visualiza.php?cod=32>>. ~

MARCONI. M. A.; LAKATOS, E. M. - **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1999.

MEDEIROS, Ana Claudia Torres de; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; FERNANDES, Maria das Graças Melo - Diagnósticos de enfermagem para idosos utilizando-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e o modelo de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Vol. 21, nº 2 (2013).

MELEIS A. I., SAWYER L. M., Im E. O., et al. - Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory. **Advances in Nursing Science**, Vol.23,nº1 (2000), p. 12 - 28.

MELO, Marcus André. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: **RICO, Eliza- beth Melo (Org.)**. Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 1998. p. 11-28.

MERKOURIS, Anastasios; ANDREADOU, Angeliki; ATHINI, Evdokia; HATZIMBALASI, Maria, ROVITHIS, Michalis; PAPASTAVROU, Evridiki - Assessment of patient satisfaction in public hospitals in Cyprus: a descriptive study. **Health science journal**, Vol. 7 (2013).

MIN, et al. - Contrasting effects of geriatric versus general medical multimorbidity on quality of ambulatory care. **J Am Geriatr Soc**. Vol.62, nº9 (2014), p.1714-1721.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (PT). **Decreto-Lei No 157 de 10 de Maio de 1999: regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde**. Lisboa (PT): Imprensa Nacional, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR) - **Política de saúde do idoso**. Portaria n. 1.395/GM, 10/12/1999. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores. Doenças crónicas não transmissíveis e rede carmen**. ISBN 978-85-334-1316-0, 2007.

MONIZ, J. - **A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa**. Lisboa: Lusociencia, 2003.

MUCIDA, A. - **O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice**. 2ª ed., Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2006.

MULTANI & VERMA - **Principles of Geriatric Physiotherapy**. 2ª ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2017.

MURRAY, et al. - Clinical decision-making: Patients' preferences and experiences. **Patient Education and Counseling**, Vol. 65 (2007), p. 189-196.

MURRAY, CHARLES & GAFNI - Shared decision-making in primary care: Tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. **Patient Education and Counseling**, Vol. 62 (2005), p. 205-211.

NAVARRETTE, M. F. J; PÉREZ, L. R. - Perfil educativo en los pacientes crónicos. **Rev Med de Costa Rica e Centro America**, Vol 545 (1988), p. 89-93.

NERI, A. L. - **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2008.

NERI, A. L. - Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Yeda A.O. & DIOGO, M.: **Atendimento Domiciliar um Enfoque Gerontológico**. Um enfoque gerontológico, 2000, p. 39,40.

NINA, E. & PAIVA, C. - Idosos Rurais e Urbanos: Estudo Comparativo. Geriatria: **Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica**, Vol.14 nº138 (2001), p. 9-32.

NOGUEIRA, J. - A gestão da doença crónica com o desafio dos custos. **Revista Saúde**, Vol.2 (2004).

NORDON, D., GUIMARÃES, R., KOZONOE, D., MANCILLA, V. & NETO, V. - Perda Cognitiva em Idosos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Vol.11 (2009) p. 5-8.

NORMAN, V.K. - **Exercise and wellness for older adults**. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers, 2010.

NÚCLEOS DE ESTUDOS DE GEREATRIA-GERMI da Sociedade Portuguesa da Medicina Interna (SPMI)- **Avaliação Geriátrica Global** [Em linha] 2010 [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL: <http://www.spmi.pt/nucleo-estudos-geriatria/>>.

OLIVEIRA T.C., ARAÚJO T.L., MELO E.M., ALMEIDA D.T. - Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. **Rev Latino-am Enfermagem**, Vol. 10, nº 4 (2002), p.530-6.

OLIVEIRA, J. H. B. - **Psicologia do envelhecimento e do idoso**, 2ªed. Porto: legis ed.

OLIVEIRA, J. C. A., & TAVARES, D. M. S.- Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da família: atuação do Enfermeiro. [Em linha] São Paulo, SP: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Vol.44, nº3 (2010), p. 774-781. [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/32.pdf>>.

OLIVEIRA, C. - **Relações intergeracionais: Um estudo na área de Lisboa** - Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. [Em linha] 2011 [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3100/9/TRABALHO%20COMPLETO.pdf>>.

OMELCZUK, F., & MONTEIRO, G. G. - Imagens de uma nova velhice: considerações a partir do filme E se vivêssemos todos juntos? [Em linha] São Paulo, SP: PUC-SP: **Revista Kairós Gerontologia**, Vol.17, nº4 (2014), p. 245-259. [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL: file:///C:/Users/Dados/Downloads/23877-61753-1-SM%20(1).pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, OMS - **Global Recommendations on Physical Activity for Health**. Switzerland, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, OMS - **Active aging. A policy framework**. [Em linha] 2002 [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf.>

Ory M., Yuma P.J., Wade A. - Physician discussion about social activities in primary care encounters with older adults. **South Med Assoc**. 2008, p.718-24.

OMS & DGS - **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Portugal. 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, ONU - Internacional Plano f Action Ageing 2002. In **II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento**. Madrid, 2002, p. 59.

PAIM J. A. - Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN, organizadores. **Epidemiol e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-586.

PAÚL, C. - Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da gerontologia. In PAÚL, C., & RIBEIRO, O. (Eds.), **Manual de Gerontologia - Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa: Lidel, 2012, p.1-17.

PAULA, R. - **Relação Multiprofissional do Trabalho em Equipa na Atenção Básica de Saúde**. Minas Gerais: Universidade Federal, 2009.

PARAHYBA & VERAS - Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, Vol.13, nº4 (2008), p. 1257-1264.

PATROCINIO W.P. & PEREIRA B.P.C. - Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. **Trab Educ Saúde**, Vol 11, nº2 (2013), p.375-394.

PEREIRA V.S., AGUIAR B.G.C. - Prevenção de Úlcera por Pressão em uma Unidade de Emergência. **Rev Enferm Atual**, Vol. 7, nº40 (2007), p.20-23.

PEREIRA, E. & COSTA, M. - Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: Estudo de um Centro de Saúde. [Em linha] **Texto Contexto Enfermagem**, Vol. 16 (2007), p. 408-416. [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a05v16n3.pdf>>.

Pereira, Schneider & Schneider - Geriatrics, a centenarian medical specialty. **Scientia Medica**. Vol.19, nº4 (2009), p. 154-161.

PEREIRA, Virginia Lucinda de Sousa Cruz - **Doente submetido a amputação do membro inferior-o Enfermeiro de reabilitação no processo de transição**. [Em linha] 2014 [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: <URL: <https://books.google.pt/books?id=4shkAwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>>.

PHILLIPS J. E., AJROUCH, K. J., & HILLCOAT-NALLETAMBY, S. - **Keiconcepts in social gerontology**. Los Angels: Sage, 2010.

PIMENTEL, Luísa - **O lugar do Idoso na família - Contextos e Trajectórias**. Coimbra, Quarteto, 2001.

PINTO, A. M. - **Envelhecer Vivendo**. Coimbra: Quarteto, 2001.

PINTO, David dos Santos - **Respostas Sociais para Idosos em Portugal**. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior. Covilhã, 2012.

PINTO, Ana Maria Marques - **Particularidades da relação Médico doente no idoso**. Artigo de revisão. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2016.

POLIT D.F, HUNGLER B.P - Principles and methods. **Nursing research**. Lippincott, 1995.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. - Fundamentação de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Trad Ana Thorell. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

REBELATTO & MORELLI - **Fisioterapia Geriátrica - A prática da assistência ao idoso**. Editora Manole, 2ªed., 2007.

REY, Fernando Luis González. **Epistemología cualitativa y subjetividad**. São Paulo: EDUC, 1997.

RIBEIRINHO, Carla Marina da Cunha - Serviço Social Gerontológico: Contextos e Práticas Profissionais. In RIBEIRINHO, Carla Marina - **Concepções e práticas de intervenção social em cuidados sociais no domicílio**. Instituto Superior de Ciências Sociais de Lisboa, 2005, p. 63-99.

RIBEIRO, Ó; PAÚL, C. (COORD.) - **Manual de envelhecimento ativo**. Lisboa. Lidel- Edições técnicas, Lda (2011).

RIBEIRINHO, Carla - Envelhecimento e Políticas Sociais. In Maria Irene Carvalho, **Serviço social no envelhecimento**. Pactor, 2013. ISBN 978989693028-8.

Ribeiro, et al. - **A influência das quedas na qualidade de vida de idosos.** Ciência e Saúde. Vol. 13, nº. 4 (2008), p. 1265-1273.

RIBEIRO, Rogério Martins - **Cuidados de Enfermagem prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados - Satisfação dos Utentes e Cuidadores.** Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem Porto, 2014.

RODRIGUES, António Pedro - O doente idoso e a intervenção do Assistente social na equipa de saúde hospitalar. **Intervenção social.** ISSN 0874-1611, 2000.

ROSAS, Idalina da Conceição Gonçalves - **Idoso, Vulnerabilidade, Risco e Violência: Que medidas de proteção?** Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Porto, 2015.

ROOTMAN I. et al. - A framework for health promotion evaluation, p. 7-38. In I ROOTMAN et al. (eds.). **Evaluation in health promotion. Principles and perspectives.** WHO Regional publications. European Series. Dinamarca, 2001.

RUBENSTEIN - Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. **Age and ageing**, Vol.35 (2006), p.37-41.

RUBENSTEIN - Comprehensive geriatric assesement: from miracle to reality. **Journal of Gerontology**, Vol.59, nº 5 (2004), p. 473-477.

RUBENSTEIN, et al. - Effects of a group exercise program on strength, mobility, and falls among fall-prone elderly men. **The Journals of Gerontology: Medical Sciences.** Vol. 55 (2000), p.317- 321.

RUBENSTEIN - Falls and instability in the elderly. **Journal of the American Geriatric Society.** Vol.36, nº3 (1988), p.266-278.

SANTOS, S.; LUNARDI, V.; ERDMANN, A.; CALLONI, H. - Interdisciplinaridade: a pesquisa como eixo de formação/profissionalização na saúde/enfermagem. Rio Grande: **Revista Didáctica Sistemica**, Vol.5 (2007).

SANTOS, F. S.; SILVA, T. B. L.; ALMEIDA, E. B. & OLIVEIRA, E. M. - Estimulação Cognitiva para Idosos. **Ênfase em Memória.** 1a. ed., Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 2013.

SANTOS, Rute Andreia Martins dos - **Programa de Intervenção em idosos: atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida.** Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Tecnologia de Coimbra. Coimbra, 2014.

SCORTEGAGNA, Paola Andressa; OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva - Idoso: um novo ator social, Seminário de pesquisa em educação da região do Sul, 2012.

SEIDL, E.M.F. E ZANNON, C.M.L.C. - Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Vol.20 (2004), p. 580-588.

SEITSAMO, Jorma. - Retirement Transition and Well-being: A 16 year longitudinal study. «. People and Work Research Reports» **Finland: Finish Institute of Occupational Health**, Vol. 76 (2007), p.1237-6183.

SERRA e SILVA, P., DIAS, G., BRANQUINHO, M. A., & MENDES, R. - Envelhecimento activo. In DIAS G.; MENDES, R.; SERRA, P. e SILVA, & BANQUINHO, M. A. (Eds.) - **Envelhecimento activo e actividade física**. Coimbra: Escola Superior de Educação de Coimbra, 2014, p.121.

SEQUEIRA, C. - **Cuidar de Idosos com Dependência**. Coimbra: Quarteto, 2007, p. 310.

SEQUEIRA, C. - **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN:978-972-757-717-0.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L. - Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, Vol. 10, nº. 1, p. 80-91. 1994.

SILVA, P. - **Adaptação à reforma e satisfação com a vida: A importância da atividade e dos papéis sociais na realidade europeia**. [Em linha] Dissertação de Mestrado Publicada. ISCTE-IUL (2009). [consultado em 01-12-2017]. Disponível na internet: < URL: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/1879>>.

SILVA, Diana Sofia Pereira da - **Solidariedade familiar intergeracional de adultos emergentes: análise da relação entre o apoio prestado e antecipado a pais e avós e variáveis demográficas e psicológicas**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Porto, 2011.

SILVA, Fátima Maria Machado- **Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diária**. Um estudo num serviço de ortopedia. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde. 2013.

SILVA, Josevânia Da; FECHINE, Carla Patricia Novais dos Santos; COUTINHO, Márcio de Lima - **TCendo Saberes**. Editora João Pessoa, 2014.

SILVA, Sofia Rosas Da; Marques, Filipa Daniela; Seiro, Dina Isabel Mendes; Parreiral, Silvia; Tavares, João; Atalaia, Leonor; Raposo, Daniel - Sentimento de comunidade e bem-estar em contexto institucional: perceção das pessoas idosas. **Exedra Revista científica ESEC**, 2016.

SIMÕES, A. - **A nova velhice: Um novo público a educar**. Porto: Edições Ambar, 2006.

SMITH, J.C., NIELSON, K.A., WOODARD, J.L., SEIDENBERG, M., & RAO, S.M. - Physical activity and brain function in older adults at increased risk for Alzheimer's. **Disease Brain Science**, Vol.3, nº.1 (2013), p.54 -83.

SPIRDURSO, W.W. - **Physical dimensions of aging**. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers, 2005.

SOUSA, L., FIGUEIREDO, D. & CERQUEIRA, M. - **Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice**. Porto: Ambar, 2006.

SOUSA, L.; RELVAS, A. P.; MENDES, A. - **Enfrentar a velhice e a doença crónica**. Lisboa: Climepsi Edotires, 2007.

SOUSA, Paulino Artur Ferreira De - **O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios**. Acta Paul Enferm. Vol. 22 (Especial - 70 Anos) (2009), p. 884-94.

SOUSA, Jorge Pedro - **Qualidade de vida do idoso - Um estudo de revisão**. Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2013.

STANHOPE,M.; LANCASTER J. - **Enfermagem de Saúde Pública**. Loures: Lusoditacta, 2011. ISBN: 978-989-8075-29-1.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. - **Investigação qualitativa em enfermagem**. Avançando o imperativo humanista. 2ªed. Lusociência, 2002.

TANJA, et al. - “It`s Magic”- development of a manageable geriatric assessment for general practice use. **BMC Fam Pract**, Vol.16, nº4 (2015).

TEIXEIRA, Liliana Márcia Fernandes - **Solidão, Depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e intervenção piloto de um programa de intervenção**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de psicologia. Lisboa, 2010

TUBERO A.L. - A linguagem do envelhecer: saúde e doença. **Distúrbio de Comunicação**, Vol. 10 (1999), p.167-76.

TREDE & HIGGS - Collaborative decision making. **Clinical Reasoning on the Health Professions**. 3ªEd., p. 43-54, 2008.

UNIÃO EUROPEIA, UE - **A contribuição da UE para um envelhecimento ativo e solidariedade entre as gerações**. 2010. ISBN 978-92-79-2 5135-1.

VERÍSSIMO - **Avaliação multidimensional do idoso in psicogeriatría**. Coimbra: Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade, 2006.

Veríssimo R, Barbosa B, Veríssimo MT. Particularidades clínicas do doente idoso. In: **Geriatría fundamental- Saber e Praticar**. 2014. p. 130-5.

VIANNA L., VIANNA C., BEZERRA A. - Relação Médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Vol.34, nº.1 (2010),p .150-9.

WENSING M, WETZELS R, HERMSEN J, BAKER R. - Do elderly patients feel more enabled if they had been actively involved in primary care consultations? **Patient Educ Couns.** Vol.68 (2007), p.265-9.

VIEGAS, S. M.; GOMES, A. C. - **A identidade na velhice.** Porto: Ambar, 2007.

VINTÉM - Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. **Revista Portuguesa de Saúde Pública,** Vol.26, nº 2, 2008.

WHO- **How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).** Exposure draft for comment. Geneva, 2013.

WYKLE, M., WHITEHOUSE, P.& MORRIS, D. - Successful aging through the life span: intergenerational issues in health. **Educational Gerontology,** Vol. 33 (2007), p. 463-466.

WHOQOL Group. **Subjective Importance of Various Aspects for People's Quality of Life: Results from a Cross-cultural Study** by WHO, 2002. (in preparation a).

ANEXOS

Anexo I- Carta de autorização enviada ao ACES

CARTA AUTORIZAÇÃO ACES

Ex.^a Sr.^a Doutora. Diana Carla Santos Moreira
Diretora Executiva do Agrupamento de Centros
de Saúde Ave - Famalicão
Rua do Pavilhão, s/n
4765-628 DELÃES

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Doutorada pela Universidade do Porto, coordenadora do projeto *Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional* que se realiza a partir de um protocolo de parceria entre a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão e a Escola Superior de Enfermagem, vem por este meio solicitar a V. Exa. autorização para desenvolver no ACES que preside, dois dos sub estudos intitulado respetivamente: Modelos em uso na assistência aos idosos e A assistência aos idosos em Vila Nova de Famalicão - Enfermeiros, Médicos e Assistentes Sociais.

No primeiro estudo pretende-se realizar entrevistas a Médicos, Enfermeiros e Assistentes sociais que trabalham com idosos, este estudo tem por objetivos: identificar determinantes que sustentem uma política para mudança de comportamento no sentido de um envelhecimento saudável ativo e interventivo; analisar a perceção dos profissionais sobre as condições das pessoas com mais de 65 anos e compreender o modelo assistências dos idosos no município de Vila Nova de Famalicão.

Segundo o resultado dos censos, as oito Freguesias com população assistencial com mais de 900 pessoas com mais de 65 anos são Joane (1330), Lousado (965), Ribeirão (1448), Calendário (2084), Antas (1187), Gavião (996), Vila Nova de Famalicão (1479) e Bairro (912). Assim sendo, para a amostra do estudo serão escolhidos os oito Médicos, oito Enfermeiros e oito Assistentes sociais. Neste estudo a entrevistadora é a estudante 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto- Mónica Sofia Martins Vieira, Enfermeira.

O segundo estudo “A assistência profissional aos idosos - Profissionais de saúde Serviço social” decorre dos resultados do primeiro estudo e será um questionário de auto preenchimento onde pretendemos estudar no mínimo de 30% dos profissionais de todo o município.

Mais informa que foi dirigido ao Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte I.P. o pedido de parecer para a realização deste estudo bem com ao Presidente da ARS Norte.

Para o devido efeito, encontra-se em anexo toda a documentação necessária para a sua análise.

Agradeço e estamos disponíveis para algum esclarecimento.

Atentamente,

Porto, 4 de Novembro de 2014

Contactos:

Telefone 917254071


E-mail : mmartins@esenf.pt

Anexo II- Carta autorização enviada ÀARS

CARTA AUTORIZAÇÃO ARS

Ex. Sr. Presidente da ARS- Norte I.P.

DrºLuís António Castanheira Nunes

Rua de Santa Catarina, 1288  4000-447 Porto

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Doutorada pela Universidade do Porto, coordenadora do projeto “Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional” que se realiza a partir de um protocolo de parceria entre a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão e a Escola Superior de Enfermagem, vem por este meio solicitar a V. Exa. autorização para desenvolver no ACES de Vila Nova de Famalicão os sub estudos intitulados: **Modelos em uso na assistência aos idosos em Vila Nova de Famalicão** - Enfermeiros, Médicos e Assistentes Sociais de natureza qualitativa e numa segunda fase o estudo quantitativo sobre **“A assistência profissional aos idosos - Profissionais de saúde Serviço social”** este decorre dos resultados do primeiro estudo e será um questionário de auto preenchimento onde pretendemos estudar no mínimo de 30% dos profissionais de todo o município.

Mais informa que foi dirigido ao Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte I.P. o pedido de parecer para a realização deste estudo bem como à Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Ave - Famalicão.

Para o devido efeito, encontra-se em anexo toda a documentação necessária para a sua análise.

Agradeço e estamos disponíveis para algum esclarecimento.

Atentamente,

Porto, 4 de Novembro de 2014

Contactos:

Telefone 917254071

E-mail : mmartins@esenf.pt

Anexo III- Carta autorização enviada à Comissão ética

CARTA AUTORIZAÇÃO COMISSÃO ÉTICA

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética
para a Saúde da Administração Regional de
Saúde do Norte, I.P.

Rua de Santa Catarina, 12884000-447 Porto

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto, coordenadora do projeto “Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional” que se realiza a partir de um protocolo de parceria entre a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão e a Escola Superior de Enfermagem, vem por este meio solicitar V. Exa. autorização para desenvolver no ACES de Vila Nova de Famalicão o subestudo Modelos em uso na assistência aos idosos e A assistência aos idosos em Vila Nova de Famalicão - Enfermeiros, Médicos e Assistentes Sociais desenvolvido pela estudante “2º ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto- Mónica Sofia Martins Vieira, Enfermeira”. Mais informa que foi dirigido ao Diretor Executivo do respetivo ACES, Doutora Diana Carla Santos Moreira, o pedido de parecer para a realização deste estudo.

Para o devido efeito, encontra-se em anexo toda a documentação necessária para a sua análise.

Agradeço e estamos disponíveis para algum esclarecimento.

Atentamente,

Porto, 4 de Novembro de 2014

Contactos:

Telefone 917254071

E-mail : mmartins@esenf.pt

Anexo IV- Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional

Sub Estudos: Modelos em uso na assistência aos idosos - Enfermeiros, Médicos

Enquadramento: Este estudo é parte integrante de um projeto de investigação que tem por finalidade Contribuir para uma política de articulação de assistência social e de saúde que garanta qualidade de vida dos maiores de 65 anos num ambiente sustentável, amigável e com segurança em meio familiar ou institucional.

Explicação do estudo: O presente estudo tem como objetivos: - Compreender a partir da opinião dos profissionais os ambientes que suportem a saúde, bem-estar e segurança dos idosos com mais de 65 anos; Identificar fatores de risco para a saúde, bem estar e segurança dos idosos nos vários contextos assistenciais; Identificar determinantes que sustentem uma política para mudança de comportamento no sentido de um envelhecimento saudável ativo e interventivo.

Condições e financiamento: A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se do estudo a qualquer momento sem que esse facto acarrete prejuízo para si ou para o seu local de trabalho bastando para tal contactar o responsável pelo estudo. Não estão contemplados quaisquer riscos para os participantes deste estudo. Mais informamos que o presente estudo mereceu um parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

Confidencialidade e anonimato: A informação fornecida para este estudo é anónima e confidencial. Ao participar na entrevista não terá nunca a referencia ao nome ou qualquer material que identifique o participante. A informação será utilizada no âmbito deste projeto e os resultados do estudo poderão ser utilizados para produção científica e divulgados em eventos e periódicos científicos.

¹Contactos : mmartins@esenf.pt ou Julia@esenf.pt

Agradecemos desde já a sua disponibilidade para participar neste estudo.

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Anexo V- Guião da entrevista

GUIÃO ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

Parte I- Consentimento

Eu, Mónica Sofia Martins Vieira, Enfermeira, a frequentar o 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto no ano letivo 2014/2015 venho por este meio solicitar a sua colaboração na realização deste estudo.

Pretende-se desenvolver um estudo de Investigação com o título “Modelos em Uso na Assistência aos Idosos- Intervenção dos Enfermeiros de reabilitação”, tendo por finalidade contribuir para uma política de articulação de assistência social e de saúde que garanta qualidade de vida dos maiores de 65 anos num ambiente sustentável, amigável e com segurança em meio familiar ou institucional. Os objetivos deste estudo são identificar determinantes que sustentem uma política para mudança de comportamento no sentido de um envelhecimento saudável ativo e interventivo; analisar a perceção dos profissionais sobre as condições das pessoas com mais de 65 anos e compreender o modelo assistencial dos idosos no município de Vila Nova de Famalicão.

O estudo terá a duração de 10 meses, tendo iniciado em Setembro de 2014.

A participação no estudo é de carácter voluntário podendo em qualquer momento, desistir de o fazer.

A aceitação em participar no estudo, implica a realização de uma entrevista, com duração aproximada de 1h, onde lhe serão colocadas algumas questões com intuito de efetuar a recolha de dados com gravação referente à informação em estudo.

Não existem quaisquer riscos para a participação no estudo. Os benefícios imediatos poderão não existir, contudo com esta investigação pretende-se melhorar os cuidados prestados pelos Médicos, Enfermeiros e Assistentes Sociais.

Todos os dados referentes a este estudo de investigação serão mantidos sob sigilo.

Garante-se ainda a destruição de toda a informação sobre os participantes que possam conduzir à sua identificação após a conclusão da investigação.

Este estudo tem a devida autorização do ACES de Vila Nova de Famalicão.

Parte II- Questões de Contexto

Gênero: F__ M__ Idade:____

Profissão: Enfermeiro____

Médico____

Assistente social ____

Formação em Gerontologia: Sim ____

Não____

Parte III- Questões orientadoras da Entrevista

Perguntas da entrevista

- 1 -Como realizam a avaliação inicial do cliente com mais de 65 anos? Aplicam alguma escala, questionário, formulário e/ou entrevista com especificidades para estas idades?
- 2- Como partilham com outros profissionais (de saúde/ sociais) as decisões que tomam referentes ao cliente com mais de 65 anos? (equipa multidisciplinar)?
- 3-O que partilham sobre o desenvolvimento da saúde dos clientes com mais de 65 anos?
- 4- Quando têm idosos com mais de 65 anos apresentam-lhe propostas de educação para a saúde conducentes a uma vida saudável e ativa?
- 5- Está envolvido em algum programa específico sobre pessoas com mais de 65 anos, autónomos ou dependentes?
- 6-Reencaminha para atividades de lazer/atividades físicas/fisioterapia/ outros interesses e necessidades de acordo com as características do cliente?
- 7-Levam em consideração os interesses e motivações do cliente para propostas de intervenções em saúde / mudanças sociais?
- 8-Fazem um plano de vigilância de saúde específicas para os mais de 65 anos? (consultas de vigilância de saúde, entre outras.)
- 9-Como avaliam os resultados / evolução no cliente e que consequências têm na continuidade da assistência?
- 10 -O que pensa acerca da satisfação do cliente com mais de 65 anos/familiares com a

prestação dos cuidados?

11- Pode fazer uma lista de palavras em que pensa quando vê uma pessoa com mais de 65 anos?

12 - Têm sugestões para melhorar a política assistencial aos idosos?

13 - Querem acrescentar algo mais?

Caso pretenda saber os resultados deste trabalho deve enviar um E-mail para a coordenadora, Prof. Doutora Maria Manuela Martins - mmartins@esenf.pt

E uma das consequências deste trabalho será a construção de um questionário para utilizar em profissionais de saúde e sociais.

Muito obrigada pela colaboração

Anexo VI- Parecer da Comissão ética e ARS



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

COMUNICAÇÃO ☐ INFORMAÇÃO ☒ PARECER ☐ Nº 18 DATA: 04/março/15

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer Nº 19/2015

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 19/2015 (sobre o estudo "Modelos em uso na assistência aos idosos"), aprovado na reunião do dia 3 de março de 2015, por unanimidade, para deliberação.

*Antes de ser
tudo 2 relatórios
de (Adm & C)*
[Signature]
20/03/15
Rui Carneiro
Vice-Presidente do CS

A Consideração Superior

[Signature]
Ana Paula Capela
Assessora CES/UC



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Maria

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 19/2015

Sobre o estudo T371 – Modelos em uso na assistência aos idosos.

A – Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), após parecer favorável da Unidade de Investigação Clínica (UIC) iniciou a apreciação do Processo nº T 371, na sequência do pedido de parecer enviado a esta Comissão em novembro de 2014, para a realização do estudo "Modelos em uso na assistência aos idosos". A investigadora Mónica Sofia Martins Vieira, é enfermeira e frequenta o 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na ESEP e terá a orientação da Professora Coordenadora na ESEP Manuela Martins. Esta investigação é parte integrante de um projeto de investigação - Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional e será desenvolvida no ACES AVE - Famalicão.
2. Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento; projeto de investigação; consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação; parecer favorável do Diretor Executivo do ACES AVE - Famalicão; declaração da orientadora a assumir a liderança científica do projeto bem como a enviar o relatório final quando terminarem os trabalhos, bem como a declarar que todos os dados são confidenciais, não identificando nunca os participantes e que só serão usados neste projeto; guião da entrevista a usar na colheita de dados e cronograma e orçamento para a realização deste estudo.
3. Trata-se de um estudo com metodologia qualitativa. Os participantes são médicos, enfermeiros e assistentes sociais que estejam a trabalhar há mais de um ano com idosos. O ACES irá orientar para oito médicos e oito enfermeiros que dão assistência a idosos de oito freguesias a fim de marcar e consentirem a realização da entrevista.
4. O objetivo geral é contribuir para uma política de articulação de assistência social e de saúde que garanta a qualidade de vida dos maiores de 65 anos num ambiente sustentável, amigável e com segurança, em meio familiar ou institucional.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Trata-se de um estudo sem procedimentos invasivos, não incorrendo os participantes em riscos maiores do que aqueles a que estão sujeitos na sua vida quotidiana, sem a participação de doentes, nem a utilização de quaisquer dados pertencentes a processos clínicos de doentes.
2. Existe modelo de consentimento informado, livre e esclarecido



Rua Santa Catarina, 1266 Tel. 252-411 000 arsn@arsnorte.arsn-saude.pt
4000-447 Porto Fax 252-411 105 www.arsnorte.arsn-saude.pt



**GOVERNO DE
PORTUGAL**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

3. A confidencialidade e o anonimato das respostas estão garantidos pela investigadora.

C – Conclusões

1. Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa tem parecer favorável sem restrições de natureza ética.

Aprovado em reunião do dia 03 de março de 2015, por unanimidade

O relator,


Mestre Maria Alzira Moraes

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP


Prof. Doutor Alberto Pinto Hespanhol



Rua Santo Catarina, 1200 Tel. 210 411 000 arsn@arsnorte.min-saude.pt
4800-417 Porto Fax. 210 411 005 www.arsnorte.min-saude.pt

GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE